UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1944 N° 7

Les Lipomes du Larynx

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1944

PAR

André REBEYROLLE

MEMBRES DU JURY	CALVET	*Président*
	BUGNARD	
	PLANQUES	*Assesseurs*
	DIEULAFÉ	
	GADRAT	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28

1944

REBEYROLLE (André). —
Les lipomes du larynx. —
Toulouse, imp. Cléder, 1944, in-8° (96 pages). —
(Thèse Médecine Toulouse, 1944, n° 7).

REBEYROLLE (André). —
Les lipomes du larynx. —
Toulouse, imp. Cléder, 1944, in-8° (96 pages). —
(Thèse Médecine Toulouse, 1944, n° 7).

REBEYROLLE (André). —
Les lipomes du larynx. —
Toulouse, imp. Cléder, 1944, in-8° (96 pages). —
(Thèse Médecine Toulouse, 1944, n° 7).

REBEYROLLE (André). —
Les lipomes du larynx. —
Toulouse, imp. Cléder, 1944, in-8° (96 pages). —
(Thèse Médecine Toulouse, 1944, n° 7).

Les Lipomes du Larynx

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1944 N° 7

Les Lipomes du Larynx

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1944

PAR

André REBEYROLLE

MEMBRES DU JURY	CALVET	*Président.*
	BUGNARD	
	PLANQUES	*Assesseurs*
	DIEULAFÉ	
	GADRAT	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE CLÉDER
28, RUE DE LA POMME, 28

1944

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. GARIPUY.
ASSESSEUR	DELAS.
Doyen honoraire	BARDIER.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MARIE.	MM. RISPAL.	MM. RIBAUT.
MOREL.	MOOG.	DAMBRIN.
TAPIE (J.).	MERIEL (E).	MAURIN.
ESCAT.	CAUBET.	ARGAUD.
		DALOUS.
		LAFFORGUE.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CLERMONT.
Histologie et Embryologie	N...
Pathologie interne	SERR.
Clinique médicale	TAPIE (J.).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROQUES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	BOULARAN.
Clinique médicale infantile et puériculture	LEFEBVRE.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	SOREL (R.).
Clinique ophtalmologique	RISER.
Physique biologique et médicale	GORSE.
Chimie et Toxicologie	BUGNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BRUSTIER.
Pharmacie	MERIEL (P.).
Matière médicale	CAUJOLLE.
Clinique obstétricale	VINCENT
Physiologie	GARIPUY.
Clinique chirurgicale et du Cancer	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	MIGINIAC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FABRE (P.).
Pathologie chirurgicale	NANTA.
Pathologie générale et médecine expérimentale	N...
Histoire naturelle	SENDRAIL.
Médecine légale et Déontologie	DELAS.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	MOREL (L.).
Anatomie pathologique	ANDRIEU.
	FABRE (J.).

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sage-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.).
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC.
Stomatologie	CADENAT.
Physique pharmaceutique	BUGNARD.
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Oto-rhino-laryngologie	RIGAUD.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose	MOREL (L.).
Anatomie	THOMAS.
Botanique et Cryptogamie	LAZORTHE.
Chimie analytique	Mlle MATHOU.
Pathologie chirurgicale	BLANC.
Hydrologie et géologie	GRIMOUD.
Médecine opératoire	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	DIEULAFE.
Médecine expérimentale	THOMAS.
Pharmacodynamie	GERAUD.
Thérapeutique	BUGNARD.
	LASSERRE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM. CALVET.
Pysiologie	de BOISSEZON, *ch. def.*
	BAISSET.
Médecine	PLANQUES.
	GADRAT, *ch. de t.*
Anatomie	DARNAUD, *ch. de t.*
	GERAUD, *ch. de t.*
	LAZORTHE, *ch. de t.*
Chirurgie	VIRENQUE.
	GRIMOUD, *ch. de t.*
Obstétrique	DIEULAFE, *Ch. de t.*
Ophtalmologie	CAHUZAC, *ch. de t.*
Physique médicale	GUILHEM.
Chimie	CALMETTES.
Secrétaire de la Faculté	MARQUES.
	VALDIGUIE (P) *Ch. def.*
	M. DUCROS.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MON PERE

Le Docteur Emile REBEYROLLE

Mon premier maître en Médecine, bien faible témoignage de ma vive reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A MA MERE

En hommage de ma grande reconnaissance pour elle qui a toujours travaillé en pensant à moi et qui m'a enveloppé sans cesse de l'affection la plus dévouée et la plus tendre qui soit.

A MA GRAND'MERE

Dont la sollicitude à mon égard n'a jamais été en défaut.

A TOUS MES CAMARADES
DE LA CLINIQUE O.R.L. DE TOULOUSE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Agrégé Jean CALVET

Chargé de Cours à la Faculté

Croix de Guerre 1939-1940

Qui nous a fait l'honneur de nous accepter au nombre de ses élèves. Son précieux enseignement, ses conseils éclairés seront un guide pour notre carrière. Qu'il veuille trouver ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUGNARD

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique

Professeur de Physique à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANQUES

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR DIEULAFE

Chargé de cours à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR GADRAT

Chargé de cours à la Faculté

A Monsieur le Docteur P. RIGAUD

Chargé des Cours à la Clinique O.R.L. de la Grave

Chirurgien Oto-Rhino-Laryngologiste en Chef des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous accepter dans son service.

Hommage de très respectueux attachement et de vive reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué.

A Monsieur le Docteur Roger LO

Chef de Clinique à la Faculté

Qui a bien voulu nous guider de ses conseils lors de notre séjour à la Clinique O.R.L. de la Grave.

Qu'il trouve ici l'expression de notre plus profonde sympathie.

Introduction

Il nous a été donné en juillet 1943, lors de notre stage à la clinique O.R.L. de la Grave, d'observer avec M. le Professeur Calvet un cas de lipome du larynx.

Sur les conseils de notre Maître, profitant de cette observation et d'un cas similaire, qu'il avait observé quelques années auparavant, nous avons pensé de consacrer notre thèse inaugurale à ce sujet, en essayant de faire une mise au point de la question et de prouver que cette affection n'est pas aussi rare qu'on a bien voulu le dire.

Birkett, comme le rapporte Chevalier-Jackson, a fait en 1934 une étude très complète de ces tumeurs et a pu en réunir quarante-sept cas, dont huit sont personnels au grand spécialiste de Philadelphie.

A part ce travail d'ensemble, rien n'a été fait depuis cette époque sur la question qui nous intéresse.

Nous nous sommes heurtés pour mener à bien notre travail à des obstacles insurmontables, notamment pour communiquer avec l'étranger, et si nous avons pu poursuivre nos recherches biographiques, c'est grâce à la bienveillance de notre Maître, M. le Professeur Calvet, qui a mis à notre disposition sa magnifique bibliothèque.

Nous avons pu ainsi réunir cinquante-six cas, qui nous ont permis de dégager l'entité clinique et le traitement de cette affection.

Au cours de nos recherches, nous avons trouvé de nombreux cas de lipomes de pharynx plongeant dans le larynx et à symptomatologie purement laryngée ; mais nous avons écarté systématiquement toutes ces observations, ne voulant garder strictement que celles qui étaient relatives à une tumeur dont le point d'implantation siégeait dans le territoire anatomique de l'organe phonateur.

Nous nous excusons encore une fois d'omissions bien involontaires qui sont dues aux difficultés de l'heure.

Nous ajouterons qu'un isolement et un recueillement forcé de quelques jours sont venus encore au dernier moment entraver la bonne marche de notre travail.

Historique

Quelle est la place des lipomes dans l'histoire des tumeurs bénignes du larynx.

Nous diviserons cette étude en trois périodes :

La première période va de Lieutaud à Erhmann (1767-1850). C'est en effet Lieutaud qui, en 1867, découvre les polypes du larynx et publie les deux premières observations de cette affection ; observations rédigées d'ailleurs lors de l'autopsie des malades. De leur vivant, la maladie vraie n'avait pas été soupçonnée et l'exitus était survenu par asphyxie provoquée par une gêne respiratoire intense et progressive.

On considère d'ailleurs à cette époque ces tumeurs comme au-dessus des ressources médicales malgré les tentatives effectuées par Brauers et Horace Green. C'est à peine si l'on propose comme traitement palliatif la trachéotomie de manière à prévenir les accidents de suffocation et d'asphyxie.

Le diagnostic, qui n'est presque jamais posé, se fonde sur des fragments expulsés par le patient dans des quintes de toux. Bien entendu, on ne s'occupe pas des variétés anatomiques et la symptomatologie de cette affection ne se dégage pas encore comme une véritable entité clinique.

Dans une deuxième période très courte, 1850 à 1858, la clinique et l'anatomie pathologique font de sérieux progrès et les polypes du larynx sont l'objet de descrip-

tions nombreuses et détaillées. C'est à cette époque que le Dr Erhmann pratique la thyrotomie et son exemple est suivi par de nombreux chirurgiens.

Au même moment, c'est-à-dire plus d'un siècle après les observations de polypes du larynx de Lieutaud, Holt, en 1854, publie la première observation de lipome du larynx. Cette tumeur avait des dimensions si considérables qu'elle remplissait tout le pharynx et descendait dans l'œsophage jusqu'à une profondeur de vingt-deux centimètres (observation n° 1).

Cependant, nous sommes encore à l'époque prélaryngoscopique et le diagnostic clinique ne se fait que par les symptomes fonctionnels, le diagnostic anatomique par l'examen anatomo-pathologique bien souvent après la nécropsie.

La troisième période est la période laryngoscopique qui va de 1858-59 à nos jours. Là, nous voyons surtout se perfectionner le diagnostic et le traitement, en même temps que l'anatomie microscopique permet de discerner de nouvelles variétés tumorales. On a établi sur des bases solides d'autres affections encore mal connues qui démembrent le grand chapitre des polypes du larynx et qui mettent en évidence toute une série de tumeurs trop longtemps confondues sous un même et unique vocable.

A cette époque se développe la méthode de cure endolaryngée soit par laryngoscopie directe soit par laryngoscopie indirecte.

La facilité et la façon systématique dont on fait l'examen laryngé de nos jours, de même que la sûreté des examens anatomo-pathologiques, nous permettent de comprendre l'augmentation continue des cas de lipomes du larynx enregistrés au cours de cette dernière période.

Après Holt c'est Faucher puis Tobold et Wagner de 1870 à 1872 qui publient des observations précises,

puis Jones en 1880 signale deux cas et, la même année, Von Bruns un autre cas.

En 1888, Brides en donne deux relations.

Nous trouvons dans les années qui suivent un certain nombre d'observations isolées malheureusement plus ou moins complètes.

Seul Garel entre 1898 et 1909 en rencontre quatre cas, s'intéresse à la question et est chargé de ce chapitre par le professeur Moure pour son traité d'O. R. L.

Après lui, nous ne trouvons que peu de travaux d'ensemble, sauf celui très important de Birkett paru en 1934 où l'auteur, prenant pour base les huit observations personnelles de Chevalier-Jackson, fait une bibliographie complète des lipomes du larynx et tâche d'en dégager l'entité clinique. Dans les toutes dernières années, nous ne trouvons que les observations du Japonais Sato, de J. Calvet et Ducuing, en 1938, et de J. Calvet, G. Constant et A. Rebeyrolle, en 1942.

Histogénèse

Le lipome étant une prolifération de cellules graisseuses normales provenant de tissus adipeux préexistants dans une région, nous devons rechercher en premier lieu quelles sont les localisations de ce tissu dans le larynx.

Nous sommes tout de suite frappés par sa grande rareté. Il n'est pas influencé par la surcharge graisseuse du restant de l'organisme.

En recherchant dans les ouvrages et travaux anatomiques originaux, nous avons constaté qu'il n'y avait que quelques adipocytes disséminés parmi le tissu lymphoïde et les tractus lymphatiques de cette région.

Dans le chorion très riche en fibres élastiques, siège une infiltration lymphoïde diffuse qui, en certains endroits, comme la face postérieure de l'épiglotte et surtout le ventricule de Morgani, peut s'amonceler en véritables follicules clos ou nodules lymphatiques formant ce qu'on appelle l'amygdale laryngée. C'est à leur contact que se trouvent les cellules qui nous intéressent.

On en trouve également dans la région de la commissure antérieure, au niveau de l'insertion des cordes vocales, un peu au-dessous de cette insertion, sur l'épiglotte.

Dans la zone sous-glottique, on décèle un deuxième réseau lymphatique bien isolé du précédent, la zone de transition étant formée par les cordes vocales qui sont absolument privées de ces formations.

D'après ces données, il nous est facile de déduire les points où nous trouverons des lipomes dans cette région. Leur implantation siège surtout autour de l'orifice supérieur du larynx, le dos de l'épiglotte et souvent ils empiètent sur la base de la langue très riche également en tissus lymphoïdes, sur les replis ary-épiglottiques, sur les bandes ventriculaires, ce qui constitue la classe des lipomes du larynx d'origine extra-laryngée ; nous les classons cependant parmi les lipomes du larynx car leur point d'insertion se fait en des lieux faisant partie de l'organe phonateur.

Lorsqu'ils ont une origine endo-laryngée, leur point d'implantation siège sur les ventricules de Morgagni et au-dessous de la commissure antérieure, nous ne pouvons citer qu'un seul cas à localisation sous-glottique (observation de Hunt), et nous n'en connaissons aucun cas de signalé au niveau des cordes vocales.

Si nous reprenons la localisation d'après l'ordre de fréquence dans les observations que nous publions plus loin, nous pouvons classer ces tumeurs dans l'ordre suivant, au moins dans la mesure où les auteurs donnent la localisation exacte :

Ligaments ary-épiglottiques,
Epiglotte,
Ligaments glosso-épiglottiques,
Aryténoïdes,
Bandes ventriculaires,
Ventricules de Morgagni.
Margelle du larynx, vers les sinus piriformes,
Commissure antérieure,
Sous-glotte.

Ce qui correspond parfaitement à la topographie des cellules graisseuses normales.

Nous devons principalement ces connaissances aux importants travaux de Chiari qui a fait des coupes en série sur des sujets à forte surcharge graisseuse et à

cherché à établir la situation de ces cellules dans cette région.

Connaissant le point de départ des lipomes du larynx, nous comprenons que ce soit une tumeur rare puisqu'il y a si peu de tissus pouvant leur donner naissance dans cet organe, mais le point intéressant serait de savoir pourquoi ils se développent et quel est le primum movens de leur éclosion.

Ici, nous nous heurtons à d'immenses difficultés, les mêmes d'ailleurs que pour expliquer l'origine des autres tumeurs bénignes : autres lipomes, fibromes myomes, etc...

Il y a métaplasie d'une cellule normale qui, se divisant, va former une tumeur bien localisée et encapsulée.

On a essayé d'expliquer cela par la théorie des inclusions embryonnaires, c'est la théorie de Conheim. Mais pourquoi ces cellules se mettent-elles à proliférer à un moment donné?

Cependant, nous avons une observation qui plaide en faveur de cette théorie puisque l'auteur a trouvé un tératome cartilagineux inclus au milieu d'un lipome (observation n° 10).

On a pensé également à une métamorphose du tissu fibreux en tissu adipeux, ce qui signifie qu'il y a transformation chimique de l'albumine en graisse. C'est au moins ce que pense Goldstein, mais cette transformation est un processus chimique qui ne peut être réalisé au laboratoire.

On a dû également incriminer simplement une surcharge graisseuse organique générale comme excitant de la prolifération.

Cette dernière opinion a été battue en brèche. Chez les sujets très gras, en effet, la proportion des cellules adipeuses du larynx ne varie pas et, en outre, une fois que la tumeur a atteint un certain volume, les

malades maigrissent par dysphagie et cela ne freine nullement le développement de cette tumeur.

En somme, nous n'avons aucun élément nous permettant d'échafauder une théorie quelconque à ce sujet. Il faut simplement les considérer comme les autres tumeurs bénignes se développant sur le corps humain.

Leur étiologie, également, nous donne très peu de renseignements :

L'âge est indifférent. Le sujet le plus jeune à notre connaissance est un enfant de deux ans (observation n° 13), le plus âgé, un homme de quatre-vingts ans (observation n° 1).

Le maximum, cependant, semble être situé vers le milieu de la vie.

Le sexe est absolument indifférent, ce qui, par là même, élimine les facteurs irritatifs : tabac, boissons, excès de voix... et élimine aussi, au moins en grande partie, les facteurs endocriniens, surtout si on tient compte, pour cette deuxième notion, de l'indifférence de l'âge.

On peut penser aux facteurs terrain : aucune hérédité ne peut être prouvée, un seul facteur : Hynn (observation n° 38), paraît devoir être retenu: la lipomatose diffuse, en particulier chez certaines races (Egyptienne de l'antiquité et Hottentotes). Cependant, la fréquence de lipomes multiples du larynx se surajoutant à cette notion, peut nous faire insister un peu plus sur cette théorie sans toutefois nous permettre de tirer des conclusions certaines.

En résumé, nous ne savons à peu près rien de leur histogénèse et étiologie, et nous ne pouvons que nous contenter de constater cette tumeur et de la traiter.

Observations

En ce qui concerne les observations dont nous n'avons pu nous procurer le texte, nous nous en sommes rapportés aux relations et résumés qui en ont été donnés dans les travaux d'ensemble sur la question.

Les numéros suivant le nom des auteurs, correspondent à ceux portés en tête des observations que nous reproduisons ci-après.

Liste des observations par ordre chronologique

1854 ..... Holt. Obs. n° 1.
1870 ..... Foucher. Obs. n° 2.
1872 ..... Tobold. *Archiv. für Heilkunde* 1893, page 108.
Wagner. Obs. n° 3.
1880 ..... Jones. Obs. n°s 4 et n° 5.
Nous n'avons qu'une observation sur les deux publiées par cet auteur.
1883 ..... Von Schrötter. Obs. n° 6.
1886 ..... Aplavin. Obs. n° 7.
1888 ..... Brides. Obs. n°s 8 et 9.
Bruns. Obs. n° 10.
1891 ..... Golbek. Obs. n° 11.
1893 ..... Coupard. Obs. n° 12
1894 ..... Kœhler. Obs. n° 13.
1895 ..... Farlow. Obs. n°s 14 et 15.
1898 ..... Hinkel. Obs. n° 16.
Louis Bar. Obs. n° 17.
Garel. Obs. n° 18.
1901 ..... Garel. Obs. n° 19.
Ingals. Obs. n° 22.
1903 ..... Calamida. Obs. n° 23.
De Santi. *Sté de laryngologie de Londres.* (5 juin 1903).
1904 ..... Laurens. Obs. n° 25.
Moure. Obs. n° 26.
1907 ..... Hunt. Cité par G.-B. New. In: journal A.M.A. 19 fév. 1916. Obs. n° 27.
Garel. Obs. n° 20.
1908 ..... Gœbel.
Meyjes.
1909 ..... Goldstein. Obs. n° 28.
Garel. Obs. n° 21.
1910 ..... Tapia. Obs. n° 29.
1911 ..... Elmer-Kenyon. Obs. n° 30.
1916 ..... G.-B. New. Obs. n° 31.
1922 ..... Calamida. Obs. n° 24.
Wright. Obs. n° 32.
Layton. Obs. n° 33.
O'Mallet. Obs. n° 34.
Chattock. Obs. n° 35
Hunter-Tod. Obs. n° 36.
1930 ..... Walfort. Obs. n° 37.
1931 ..... Hynn. Obs. n° 38.
1933 ..... Botey. Obs. n° 39.
Davis. Obs. n° 40.
1934 ..... Birkett. Obs. n° 41.
Chevalier-Jackson a publié 8 cas dans le travail de Binkett. Nous n'en avons retrouque deux. Obs. n°s 42-43.
1935 ..... Sato. Obs. n° 44.
1938 ..... J. Ducuing, J. Calvet. Obs. n° 45.
1942 ..... J. Calvet, G. Constant et A. Rebeyrolle. Obs. n° 46.

OBSERVATION N° 1

HOLT. *Lipome pendulaire du larynx.*

J. A..., âgé de 80 ans, homme de forte constitution et très actif. Il y a environ douze ans, l'attention du patient fut attirée sur sa gorge par une sensation de fermeture par un corps étranger, transitoire mais cependant très gênante, ne se produisant pas quand il était calme, mais débutant immédiatement après un exercice. Progressivement, cette sensation devient de plus en plus fréquente et il avait l'impression d'une sorte de masse qui augmentait de volume à la partie supérieure de sa gorge. Environ quatre ans après le début de sa maladie, en vomissant, une grosse tumeur s'extériorisa et, pour éviter de suffoquer immédiatement, il fut obligé de la remettre rapidement en place. Il lui était toujours plus difficile d'avaler les solides que les liquides et, comme sa mastication était mauvaise, il prenait la précaution de couper ses aliments en très petits morceaux. Pour avaler des liquides, parfois il rencontrait une grande difficulté, mais par la suite, en prenant chaque chose très lentement, il avalait presque aisément. Sa voix était voilée, mais par moments distincte, surtout quand il était très calme ; dès qu'il avait fait un exercice, elle devenait inarticulée et semblable à un gargouillement. Il mourut subitement en fumant sa pipe et on pense (il n'y avait en effet personne auprès de lui) que la fumée du tabac produisit un accès de toux amenant un déplacement de la tumeur qui détermina une asphyxie immédiate. Lors de l'examen post-mortem on trouva les viscères en parfait état et on ne releva aucune trace de nécrose pouvant provenir de la présence de la tumeur et de ses insertions. A l'examen du pharynx, on découvre une grosse tumeur graisseuse pendulaire remplissant toute la cavité et s'étendant en bas jusque dans l'œsophage à une profondeur de neuf pouces. Elle était fixée par un pédicule de tissu fibreux et muqueux au côté gauche de l'épiglotte, la tirant vers le bas et du côté gauche, oblitérant presque entièrement le larynx. Elle avait également des attaches à la partie supérieure du pharynx et de l'œsophage. On note également plusieurs tumeurs graisseuses de petites dimensions tout autour.

M. HOLT remarque que le cas présent était surtout intéressant :

1°) Par la rareté et les grandes dimensions de la tumeur ;

2°) A cause de la fermeture incomplète de la glotte par suite du changement de position de l'épiglotte, ce qui donnait de nombreuses occasions aux corps étrangers de s'y introduire;

3°) Par le fait que la tumeur n'a pas provoqué de dyspnée permanente ni d'altération de la voix.

Examen microscopique exécuté par MM. Ferguson et Partridge :

La masse pendulaire est composée de tissu adipeux qui, dans la plus grosse tumeur, est organisé en champs séparés par des trayées de tissus fibreux.

L'examen microscopique de cette tumeur montra qu'elle était constituée principalement de tissus gras entourés d'une capsule fibreuse située immédiatement sous la muqueuse. A plusieurs endroits de la plus grosse tumeur qui était de couleur jaune, le tissu graisseux avait traversé la membrane fibreuse et était venu jusqu'au contact de la muqueuse. L'enveloppe fibro-cellulaire était plus épaisse sur la plus grosse tumeur que sur les petites.

Trans. Pathological Society of London. Vol. V., p. 123, 1854.
In: *The Laryngoscope* 1909, p. 654.

OBSERVATION N° 2

Observation du Docteur Foucher
(résumé)
Union Médicale, Paris, 1870.

M. Gelé François, 37 ans. Souffre un peu de la gorge depuis quatre ans, date à laquelle il fut atteint d'une fluxion de poitrine.

Depuis un an, la gêne est devenue plus notable dans l'inspiration.

Le 20 mars, expiration et déglutition normales, inspiration très pénible, bruyante surtout la nuit, voix altérée et sourde.

Examen. — En abaissant fortement la langue on aperçoit pendant l'ascension du larynx une tumeur de la grosseur d'une petite noix, globuleuse, lisse, d'un rouge blanchâtre, situé derrière l'épiglotte.

En introduisant le doigt, on sent la partie libre de la tumeur qui n'est pas fluctuante mais souple.

En la saisissant avec une pince de Museux elle est attirée vers le haut et montre un pédicule presque aussi gros que la tumeur, s'insérant sur la paroi antérieure du pharynx au ras de l'orifice supérieur du larynx.

Intervention. — L'auteur transfixe la tumeur avec deux fils qu'il passe par la narine droite à l'aide d'une sonde en gomme et peut ainsi la soulever suffisamment pour exciser aux ciseaux le pédicule sans blesser l'épiglotte ou les aryténoïdes-: hémorragie faible, guérison très rapide, les signes disparaissent.

Examen de la tumeur. — Volume de l'extrémité du pouce, encapsulée. De la capsule partent des cloisons divisant des groupes de tissus graisseux.

Histologie — Lipome.

TOBOLD.

Observation que nous n'avons pu retrouver, relatée d'après GOLDSTEIN dans :

Arch. für Heilkunde 1893, page 108.

OBSERVATION N° 3

E. WAGNER. — *Lipome du larynx.*

Ce cas fut cité dans les rapports post-mortem lors de l'épidémie de petite vérole de Leipzig.

Un lipome de la partie supérieure du larynx fut diagnostiqué chez une jeune fille de treize ans.

On l'avait convoquée pour l'opération, mais elle mourut de petite vérole.

La tumeur était de la taille d'un œuf de poule et était insérée par un mince et long pédicule à la partie médiane de la base de la langue et à la partie antérieure de l'épiglotte. Elle était très mobile, régulière en arrière, ailleurs bosselée.

The Laryngoscope, 1909, p. 659.
Archives des Heilkunde, n° 2, p. 108, Leipzig 1872.

OBSERVATION N°s 4 et 5

M. SYDNEY JONES

Lipome du repli aryténo-épiglottique droit.

Cet auteur a publié deux cas de tumeurs graisseuses.

L'une se présentait sous l'aspect d'une orange de Tanger. Elle était attachée par un pédicule au repli aryténo-épiglottique droit.

Le malade était âgé de 40 ans. En lui faisant ouvrir la bouche, on ne voyait rien d'anormal, mais quand il faisait un mouvement de déglutition, la tumeur remontait et venait se placer sur la face dorsale de la langue.

Elle a été enlevée en divisant seulement la membrane muqueuse du pédicule et en attirant cette tumeur au dehors. Un petit kyste tapissé d'un épithélium écailleux stratifé s'y trouvait enfermé.

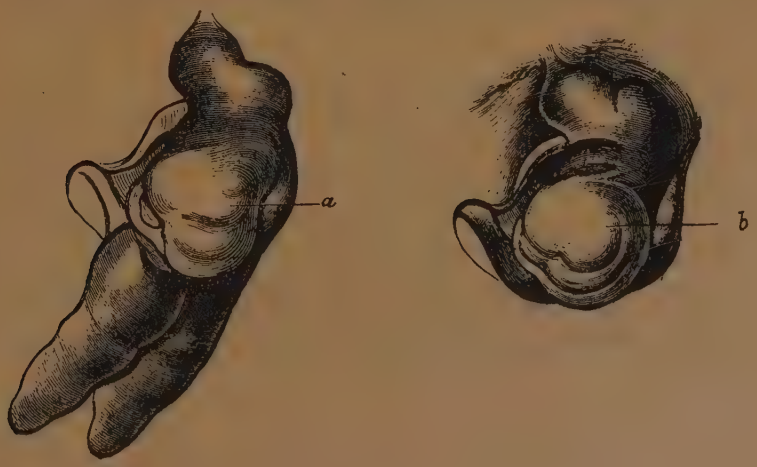
Commentaire fait à la Société Pathologique de Londres.
Extrait du Lancet, p. 656, 20 novembre 1880.
In: Thèse du D. Michel. Thèse de Paris, 27 juillet 1893.
The Laryngoscope 1909, p. 659, article Goldstein.

OBSERVATION N° 6

Leçon clinique sur les maladies du larynx
des grands et petits hôpitaux de Vienne
Cours de préparation aux cliniques du Professeur SCHRÖTTER

Lipome du larynx

Le cas que je veux vous présenter aujourd'hui est intéressant, car il nous conduit sur un terrain encore obscur il y a vingt ans. C'est une nécropsie qui nous a révélé cette affection. Maintenant le diagnostic est clair, la thérapeutique facile. Si je fais une laryngoscopie sur ce malade, voici ce que je vois : côté droit normal, du côté gauche on ne peut découvrir la corde vocale, cette partie étant occupée par une tumeur de même teinte que la muqueuse. Si le malade tousse, au cours des mouvements respiratoires toute la masse est mue d'une façon spéciale : elle est rejetée de l'intérieur du pharynx, remonte assez loin de l'endroit antérieurement occupé, de sorte qu'elle remplit la vallécule, on peut même la voir directement en déprimant la base de la langue. Nous pouvons ainsi estimer son volume : elle est nettement plus grosse qu'une noix. La masse principale de la tumeur est ronde, aplatie, elle a à peu près la forme d'un pain ; en outre, on voit un prolongement en forme de pivot ou de doigt qui plonge vers le fond du larynx. Le pédicule auquel la tumeur est appendue s'insère sur la face externe de l'épiglotte vers la base de la langue, ayant la forme d'une bande qui s'étend en outre vers le bas, du bord libre de l'épiglotte à toute la longueur du replis aryépiglottique gauche. Cette tumeur présente donc, au point de vue de son insertion, une exception à la plupart des néoformations du larynx. Nous pouvons affirmer que la grosse majorité des tumeurs (80 %) émane de la face supérieure des cordes vocales ou de leur bord libre. D'après sa mobilité nous



pouvons supposer qu'elle est molle. Pour en avoir la certitude, nous n'avons qu'à essayer d'y enfoncer une sonde, ce qui est très facile. La tumeur, à ce moment, prend n'importe quelle forme. Si nous demandons au malade ce qu'il ressent, nous apprenons qu'il croit avoir quelque chose dans le larynx depuis neuf mois environ, il n'éprouve aucune difficulté pour respirer, il dort bien. Questionné sur son sommeil, s'il ne se réveille jamais la nuit en éprouvant des difficultés à respirer ou de l'angoisse, il répond très énergiquement que non. En même temps, vous entendez que le malade parle d'une voix assez claire. Toutefois, il est étrange qu'une aussi grosse tumeur du larynx cause aussi peu de gêne. Ceci se comprend, car elle se développe très lentement (il n'y a pas de doute qu'elle existe depuis plus de neuf mois) et l'organisme s'y est habitué peu à peu. On peut uniquement s'expliquer que la voix elle-même soit aussi peu altérée par une tumeur qui, si nous considérons la longueur de son prolongement, s'étend sûrement jusqu'aux cordes vocales, par le fait que le malade a appris pendant tout ce temps à la déplacer, la rejetant de l'intérieur du larynx chaque fois qu'il désire parler.

Maintenant, nous abordons un autre problème. Quelle est la nature de la néo-formation? Il est certain que nous avons à faire à un polype, seulement cette désignation ne signifie pas grand'chose. On entend par polype une tumeur fixée par un pédicule, mais le caractère histologique de celle-ci n'est pas du tout déterminé par ce mot. Pour un diagnostic de néo-formation laryngée, nous devons opérer de la même manière que pour une tumeur de n'importe quelle autre partie du corps. Si nous trouvons une tumeur semblable de forme ronde et de consistance aussi molle sur une autre partie du corps, nous pensons tout d'abord à un lipome. L'objection qu'on n'observe pas de lipome dans le larynx n'est pas exacte. Ces tumeurs s'y présentent quoique rarement et il est toujours possible, voire même probable, qu'un cas semblable se présente à nous. Cependant, il n'est pas exclu que nous nous trouvions en présence d'une autre tumeur de consistance semblable, par exemple un polype muqueux. On ne parvient pas à les différencier macroscopiquement parce que le polype muqueux possède, lui aussi, une consistance molle ; seul, l'examen microscopique fait après intervention chirurgicale, peut éclairer le diagnostic. Voici maintenant une autre possibilité. Notre tumeur serait un kyste muqueux formé par la rétention d'une sécrétion glandulaire après obstruction de l'ostium. Cette dernière supposition se justifie dans une certaine mesure par le fait que la néo-formation a pris naissance dans une région riche en glandes muqueuses et que des kystes se sont développés jusqu'à présenter un volume supérieur à la surface de la muqueuse dans laquelle ils ont pris naissance. D'abord, le polype

est fixé sur une large base, seulement, tant à cause de la faible cohérence du tissu sub-muqueux que par suite de fréquents déplacements, elle finit par se mouvoir en tous sens.

Imaginez maintenant qu'elle a tellement grossi qu'elle dépasse le bord libre de l'épiglotte, elle se penchera bientôt au delà de ce bord et pendra à l'intérieur du larynx. Ainsi, sa base sera étirée et on verra se former peu à peu un pédicule mince tel que nous venons de l'apercevoir chez notre malade. En même temps, il va se créer une hyperhémie par gêne de la circulation veineuse de retour, ce qui va favoriser l'augmentation de son volume.

En regardant la préparation que je vous présente, vous voyez qu'il y a en effet à la base de la langue de pareils kystes, vous les trouvez des deux côtés des replis glosso-épiglottiques. J'en ai fendu un, j'ai enlevé le contenu et, ensuite, je l'ai rempli de coton, tandis que j'ai laissé l'autre sans y toucher. Vous pouvez vous rendre compte de la grande mobilité de ces deux tumeurs sur leurs bases et vous comprenez qu'elles se seraient facilement transformées en polypes si elles avaient augmenté de volume et dépassé le bord de l'épiglotte. Les malades meurent par asphyxie, ce qui est très plausible, si l'on pense qu'elles augmentent continuellement de volume. En outre, il peut se développer un œdème aigu par suite de la stase du sang veineux.

Il est donc recommandable d'enlever chirurgicalement le polype, ce que je ferai en le saisissant par son pédicule à l'aide d'une anse galvano-caustique, afin d'obtenir son extirpation totale.

L'ablation d'une grosse partie de la tumeur qui pendait dans le larynx, prouva qu'on avait bien affaire à un lipome.

In: *Allgem. Wein. Med. Zeitung*, 1883, p. 517.

OBSERVATION N° 7

APLAVIN (Kassan). — *Un cas de lipome de la cavité pharyngo-laryngée enlevé par pharyngotomie sous-hyoïdienne.*

APLAVIN rapporte le cas d'un homme de 28 ans chez lequel on fit une pharyngotomie sous-hyoïdienne pour ablation d'une néo-formation située dans la cavité pharyngo-laryngée. L'examen digital avait montré que la tumeur s'insérait à la partie postérieure du cartilage cricoïde, qu'elle était très mobile et que le patient pouvait amener la masse dans son oro-pharynx ou dans la bouche de l'œsophage. La tumeur mesurait dix centimètres de long et quatre centimètres d'épaisseur.

Le diagnostic microscopique donna fibro-lipome, avec un réseau sanguin bien développé à la partie centrale et apicale de la tumeur.

Archives f. Klin chir. Vol. XII, 1891.

OBSERVATIONS N°s 8 et 9

P.-M. Brides. — *Notes cliniques sur les lipomes du larynx.*

L'auteur vient d'en observer deux cas chez des hommes, s'ajoutant aux seuls connus (Wagner, Tobold, Bruns, Shrötter).

La tumeur, d'un rose pâle, du volume d'un œuf de pigeon, était derrière la langue fixée à l'épiglotte. Elle fut enlevée à l'anse galvano-caustique, récidiva et fut alors énucléée.

Chez le deuxième malade, gêné également pour respirer et pour parler, la tumeur recouvrait le cartilage aryténoïde gauche et son pédicule s'insérait à la partie externe du sinus piriforme. Même procédé opératoire que plus haut. Le malade avait 71 ans.

Edimbourg med chir soc, 19 dec. 1889. — *The journal of laryngologie and rhinologie*, n° 1, 1889.

Annales O. R. L., 1890, tome XVI, p. 192.

In: *The laryngoscope*, 1909, p. 661.

OBSERVATION N° 10

Victor Von Bruns. — *Gros lipome du larynx à base fibreuse inséré sur le cartilage aryténoïde gauche.*

Jeune femme de 25 ans, originaire de Mecklenburg (Allemagne). Gros lipome avec une base fibreuse inséré sur le cartilage aryténoïde gauche; extirpation à l'anse galvano-caustique; ciseaux et pinces. Nombreuses attaches.

Cette femme avait une voix rauque et voilée depuis son jeune âge. A l'âge de 17 ans, elle eut une forte sensation de gêne dans la gorge, variable, par moments beaucoup plus forte qu'à d'autres. La difficulté de parole augmentait avec la gêne. Elle ne pouvait prendre que de petits fragments d'aliments, ne pouvait parler en même temps, fréquemment des particules alimentaires solides et liquides entraient dans son larynx. Elle vit un grand nombre de médecins qui soignèrent son état local et général sans amener de changement. Elle fut examinée pour la première fois par Von Bruns en 1867, il trouva une tumeur s'étendant de l'épiglotte à la paroi œsophagienne postérieure et du côté droit au côté gauche du larynx. La surface de la tumeur est lisse et luisante, le diamètre sagittal (antéro postérieur) avait 14 à 16 m/m., le diamètre frontal (de gauche à droite) était de 25 à 30 m/m. La tumeur partant de la moitié gauche postérieure de la paroi laryngée était souple et élastique.

Extirpation à l'anse chaude.

Diagnostic : lipome. La tumeur présentait une capsule externe avec, à l'intérieur, deux masses fermes qui étaient unies par du tissu de soutien lâche. La capsule était formée par la membrane muqueuse qui recouvrait le cartilage aryténoïde gauche et par celle située tout autour. La surface était lisse, luisante et régulière. La tumeur était assombrie, par places, par une teinte bleue due sans aucun doute à la stase sanguine produite par la striction de l'anse pendant l'opération. L'enveloppe était composée extérieurement d'épithélium, au-dessous de tissu fibreux et vasculaire. La partie profonde se composait de tissu de soutien associés avec une grande quantité de fines fibres élastiques. Les bandes fibreuses étaient plus consistantes avec des noyaux plus périphériques. L'enveloppe muqueuse était très richement irriguée par des vaisseaux d'un diamètre de 0,05 à 0,1 m/m. Il n'y avait pas de membrane distincte de séparation avec l'épithélium. Pas de papilles, surface lisse.

L'épithélium était composé de nombreuses couches, environ quinze. Les cellules les plus basses de la muqueuse étaient courtes et cylindriques, avec un pigment brun diffus. Plus près de la surface les cellules prenaient en premier lieu une forme polyédrique, puis aplaties, non colorées. La membrane basale bien distincte était recouverte par une mince couche de cellules cornées.

Le noyau de la tumeur ainsi enfermé était composé de deux masses graisseuses, également larges, oblongues et fermes, qui formaient des facettes aplaties aux points où elles venaient en contact avec les tissus environnants. Elle contenait des cellules graisseuses de taille moyenne, remplies de glandes adipeuses transparentes. De solides fibres de tissus de soutien s'étendaient entre les lobules de graisse et apparaissaient au microcope comme des lignes courbes, opaques, d'un blanc jaunâtre.

A la suite de l'opération, la malade éprouva une forte gêne dans la bouche et dans la gorge, de la difficulté de parole et de déglutition, une légère fièvre. Son état s'améliora en peu de jours et la guérison avança vite, la gêne cessa complètement et la malade pouvait manger sans difficulté. La voix était encore voilée.

Quand nous l'avons revue six semaines après, on ne trouvait aucun signe d'escarrhe, mais on vit une autre tumeur à l'origine du pli pharyngo-épiglottique, s'étendant vers le bas et vers la droite jusqu'à l'incisure inter-aryténoïdienne. Cette tumeur avait un diamètre de 25 m/m. et déplaçait énormément le cartilage aryténoïde droit, la tumeur provenait du côté gauche.

On atteint difficilement la tumeur mais, finalement, on l'enleva à l'anse chaude. On ne put en enlever qu'une partie.

Son examen montra qu'elle avait la même consistance que la tumeur première. En outre, l'apex de cette tumeur contenait un morceau de cartilage blanc entouré complètement de tissus de soutien. Les cellules de ce cartilage étaient petites, insérées en groupe dans un cartilage jaune pâle et en partie hyalin, de nombreuses fibres élastiques formaient la substance basale. Les suites opératoires furent les mêmes que la première fois. Quand la patiente fut rétablie suffisamment, les parties restantes de la tumeur furent enlevées à différents endroits. La patiente fut abandonnée après plusieurs mois de traitement. Les tissus étaient à peine un peu plus épais à l'endroit touché que normalement, mais on décida de laisser faire la nature pour amener leur atrophie.

In: *The Laryngoscope*, 1909, p. 656.

23 *Neue Beobachtungen von Polypen des Kehlhopfes*, p. 154, Tuebingen, 1868.

OBSERVATION N° 11

GOLBEK (ou HOLBECK), Marck Karlovitch. — *Lipomes multiples du larynx.*

Arménien âgé de 61 ans. Il y a dix ou douze ans, ce malade présenta une petite tumeur à la base de la langue qui fut excisée en 1883, elle reparut deux ou trois ans après et fut à nouveau excisée plusieurs fois sans résultat. Ces dernières années, la tumeur devint assez volumineuse pour gêner respiration et déglutition.

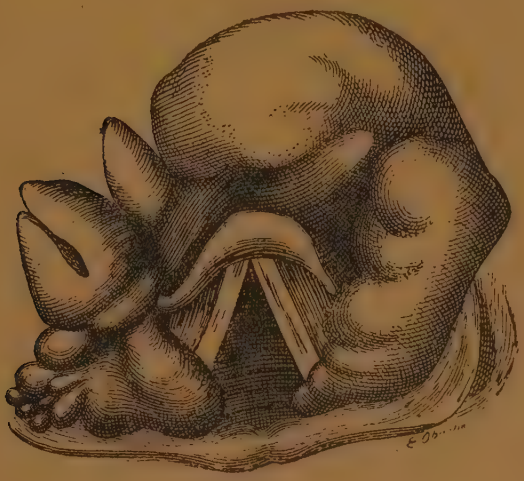
Pas de syphilis.

A l'examen, le malade avait une voix indistincte, respirait difficilement, éprouvait de la difficulté pour avaler, même les liquides. Il dormait en position assise, avec la tête inclinée d'un côté. Il me fût impossible d'examiner la bouche et le larynx au laryngoscope, car le malade souffrait de sa dyspnée s'il changeait la position de son corps, incliné en avant, la tête pendante.

A l'examen visuel et digital de la cavité buccale, on pouvait voir et toucher en avant, entre la base de la langue et l'épiglotte, deux grosses tumeurs, jaune rosé, recouvertes d'une muqueuse lisse et brillante. A droite, une tumeur de la taille d'un œuf de poule. A gauche, face à elle, on en trouve une autre de la taille d'une noix de galle, qui a une large base, pas de pédicule, et s'insère dans la fossette glosso-épiglottique. A la suite de la grosse tumeur de droite, il y en a une autre dirigée vers le larynx dont l'extrémité en occupe l'ouverture. Elle est pliée en épaisseur comme l'index d'un homme.

apparaît dans l'arrière-bouche lorsque le patient tousse très fort et au cours de la déglutition. A gauche, en direction du ligament glosso-épiglottique latéral et du repli pharyngo-épiglottique, se trouve tout un groupe de tumeurs nettement séparées, dont le volume varie de celui d'une grosse noix à celui d'un pois.

Toutes ressemblent fort à des lipomes.



La plus grosse tumeur fut immédiatement enlevée avec un écraseur, elle se montra être un lipome. Je trouvai les autres à différents niveaux adhérentes à l'épiglotte, je dus les enlever au bistouri. Après une trachéotomie préliminaire, à l'anesthésie locale, on introduisit un tube à trachéotomie selon la méthode de Trendelenburg-Hahn. Après avoir tamponné la trachée, le tout fut recouvert d'une compresse de gaze. On posa deux ligatures, une au milieu du ligament glosso-épiglottique, l'autre à la pointe de la tumeur antérieure, et, en les tirant au dehors par les crins, il devint évident que l'on ne pouvait pas les enlever. En conséquence, on coupa la joue gauche, depuis l'angle de la bouche jusqu'au bord antérieur du masséter. Après cela, coupant la muqueuse qui les recouvre avec des ciseaux, on enleva les grosses néo-formations antérieures, celles de gauche, puis celles situées plus bas vers le ligament glosso-épiglottique latéral et des replis pharyngo-épiglottiques.

A la base des tumeurs excisées, on plaça trois ligatures. Très légères hémorragies. On referma la joue. La canule est remplacée par un tube à trachéotomie ordinaire, l'opération se termina par un classique bandage antiseptique. Pas de température les six premiers jours. Les quatre premiers jours, alimentation par sonde œsophagienne. Aucune suppuration. Le cinquième jour, le malade commença à manger normalement, mais en inclinant la tête en avant. Le septième jour, température à 38°8 le matin avec deux furoncles sur la joue et de l'eczéma facial. Température normale le douzième jour. Furoncles guéris. Le treizième jour, les aliments ne paraissent plus à la bouche de trachéotomie. Le vingtième jour, l'ouverture est complètement fermée.

L'examen montra que les tumeurs étaient des lipomes disposés en groupes, de taille variée, recouverts de muqueuse. Le lipome central avait 6 c/m. sur 5. Le latéral droit 7 c/m. sur 2. Celui du côté gauche, constitué par de nombreux petits lipomes, avait 7 c/m. 5 sur 5.

L'examen microscopique de ces tumeurs a été fait par Seifert de Wunzburg, la description et le diagnostic en sont donnés dans le rapport du cas de Kœhler : Ueber Lipoma des Kehlkopfes.

Protik. Zasiedamia. Imp. Kavkazad. Med. Abshtsh, Tiflis. Vol. XXIII, p. 422 à 427, 1891-1892.

In: *The Laryngoscope* 1909, p. 659.

OBSERVATION N° 12

COUPARD. — *Lipome du ligament aryténo-épiglottique gauche.*

Mme R..., femme d'un employé des postes, âgée de 40 ans, vient me consulter, à la fondation Péreyre en octobre 1892. Cette personne n'a jamais été gravement malade. Tout au plus, se plaint-elle de quelques maux de tête assez fréquents pendant son jeune âge. Elle a éprouvé parfois quelques douleurs rhumatismales et quelques hémorroïdes saignantes.

Pendant les mois d'août et septembre de l'année précédente, fatiguée par la chaleur, elle laissait, la nuit, la fenêtre de sa chambre ouverte. Mais ses ronflements étaient si forts que les voisins, incommodés, se plaignirent bientôt et, entre autres, un étudiant en médecine qui demeurait à côté de notre malade. Elle-même ne se trouvait rien d'anormal si ce n'est la voix un peu voilée et, si elle se décide à aller consulter le docteur T..., ce n'est qu'en présence des plaintes renouvelées de ses voisins et du léger enrouement de sa voix.

Ce médecin spécialiste lui déclara qu'il existait près du cartilage aryténoïde gauche, sur la bande aryténo-épiglottique du même côté, un polype, et proposa à Mme R... de le lui enlever. N'étant nullement gênée et craignant une opération, elle remit à plus tard l'opération qui lui était proposée. Six mois après, la malade revient consulter le même spécialiste, mais alors, les symptômes étaient bien différents. Elle se plaignait d'éprouver, par intermittences, il est vrai, des accès de suffocation, de la gêne respiratoire. La phonation était parfois troublée.

A l'auscultation, il n'y avait rien d'anormal.

Au laryngoscope, le docteur T... ne trouva plus trace du polype qu'il avait aperçu à son premier examen. C'est alors que la malade vint à la fondation Péreire. A l'examen laryngoscopique que je pratiquais le jour où cette malade vint me consulter, je trouvais l'épiglotte normale mais l'infundibulum laryngé tout entier était occupé par une tumeur ayant au moins la grosseur d'un œuf de poule moyen. Cette tumeur, d'un blanc nacré, d'apparence translucide, offrait une surface lisse, tendue, sans aucune saillie, quelques veinules se dirigeant de la base vers le sommet, la parcouraient. Un pédicule long de deux à trois centimètres l'attachait au ligament aryténo-épiglottique gauche. Le diagnostic ne me parut pas douteux car, ayant été à même de voir un certain nombre de tumeurs du larynx d'une apparence semblable, je pensais immédiatement à un kyste du ligament aryténo-épiglottique gauche, beaucoup plus volumineux que ceux que j'avais vus jusqu'à ce jour.

Je laissais reposer la malade et, à un second examen, je ne trouvais plus rien : la tumeur était invisible. Cependant, par un examen plus attentif, on finit par découvrir sur la partie postérieure et inférieure du ligament aryténo-épiglottique gauche une bande anormale d'une largeur de trois centimètres. En faisant tousser la malade et en lui faisant faire une forte expiration, on vit sortir du sinus piriforme gauche la même tumeur que nous avons vu recouvrir précédemment le larynx, ceci lui arriva encore une fois, car elle semblait avoir deux positions distinctes, l'une œsophagienne, l'autre super-laryngée. Lorsque cette tumeur basculait dans l'œsophage elle devenait invisible au laryngoscope, mais les cordes vocales étaient, au contraire, très apparentes, et l'on s'apercevait aussitôt que la corde vocale inférieure gauche était immobile en adduction. Le jeu de la corde vocale droite était absolument normal, celle-ci s'approchait très bien de la corde gauche, et la phonation paraissait n'offrir rien de particulier. Cependant si, alors que la tumeur était placée dans l'œsophage, on prêtait un examen attentif à la voix de la malade, on pouvait se rendre compte que si elle était bonne, à peu de chose près, elle était faible et quelque peu recto-tono.

Quand, au contraire, après avoir fait tousser fortement la malade la tumeur recouvre le larynx, la voix devient très recto-tono, et elle n'est presque plus perceptible que très près de la bouche de la malade et ressemble un peu à la voix très faible des angineux.

L'opération, décidée aussitôt, je me suis mis en devoir de la pratiquer, je saisis la tumeur vers son point d'attache avec la pince à polype de Fauvel et, avec des ciseaux aussi recourbés que la pince à polype, je coupais le pédicule, mais seulement à deux centimètres de son point d'attache. Au premier coup de ciseaux s'échappe par une large boutonnière une masse graisseuse d'un blanc jaunâtre qui me fit aussitôt changer d'opinion au point de vue du diagnostic, et je portais de suite celui de lipome. L'opération se termina sans accident, à peine s'écoula-t-il quelques gouttes de sang et la malade rejeta quelques crachats teintés de rouge. Je retirais sans peine une masse aussi grosse que je l'avais aperçue au laryngoscope. La malade put retourner chez elle. Huit jours après, elle revient se faire examiner, elle reposait bien, parlait avec beaucoup plus de facilité, mais sa voix était toujours sans timbre et, à l'endroit de la section, existait une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs au moins et saillante de deux centimètres. On fit un pansement au sublimé à 1/5000.

Au bout de un mois, quand je revis la malade, la plaie était complètement cicatrisée. Il restait une tumeur de la grosseur d'une cerise ordinaire qui ne la gênait en rien mais la paralysie de la corde vocale persistait toujours. Mme R... se considère comme guérie en nous promettant de venir nous revoir à la moindre gêne ou quand nous le lui demanderons.

Il y a environ huit mois que l'opération a été faite et la malade se porte bien. Nous avons pu l'examiner il y a quelques jours à peine et nous avons trouvé toujours au même point une tumeur ayant toujours le même volume qu'après l'intervention chirurgicale. La paralysie de la corde persiste toujours aujourd'hui. Pour confirmer le diagnostic, le docteur Coupard pria le docteur Martha de pratiquer l'examen histologique de cette tumeur. L'on eut ainsi la certitude que l'on avait à faire à une tumeur graisseuse du larynx.

In: *Thèse* du Dr Michel.
Thèse de Paris, 27 juillet 1893.

OBSERVATION N° 13

(Rapporté par Seifert (Wurzburg)

Kochler. — *Lipome du larynx.*

Homme, âgé de 45 ans, qui a observé un changement dans sa voix depuis plusieurs années. On rechercha une aide médicale quand la respiration devint très difficile. L'examen révéla

une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, rose pâle, fermant les deux tiers postérieurs de la lumière du larynx. Elle partait de la face antérieure de la paroi postérieure du larynx.

Ablation à l'anse chaude. Les examens microscopiques des tumeurs de Golbek et de Kochler sont compris par Seifert dans le même rapport :

L'examen microscopique des deux tumeurs est le même, l'épithélium de recouvrement est composé d'épithélium stratifié qui, en certains points, envoie des ramifications dans les tissus; en d'autres points, il a un aspect papillaire. Le tissu de soutien est surtout important près de la surface de la tumeur. Immédiatement au-dessous de l'épithélium, vers le centre, il y a de nombreux lobules de cellules grasses séparés par des travées de fibres conjonctives plus ou moins fortes, courant parallèlement à la surface de la tumeur. On note au voisinage des lobules graisseux et dans les faisceaux de tissus de soutien une importante infiltration cellulaire.

Les vaisseaux sont le plus souvent dilatés, leurs parois sont épaissies, plus dans les artères que les veines, il y a également autour des vaisseaux une infiltration cellulaire très importante.

Sitzungst d. phys. med. Gesellsch Zu Wurzburg, p. 32 à 35, 1894.

In: *The Laryngoscope*, 1909, p. 665.

OBSERVATIONS N°s 14 et 15

John-W. Farlow (de New-York)

Cet auteur rapporte deux cas de lipome du larynx. L'un chez un enfant de deux ans, l'autre chez un homme de soixante-trois ans.

L'ablation au serre-nœud fut facile et sans hémorragie. Chez le deuxième malade une récidive fut détruite à l'anse galvanique. Dans cette dernière opération, on put nettement constater que le lipome s'implantait sur le cartilage arytéroïde. Guérison durable.

17me Congrès de l'Association Laryngologique Américaine.

In: *Annales O.R.L.*, 1895. T. 21, p. 453.

D'après le *New-York Médical Record*, 20 juillet 1895.

En mars 1893, J. W..., âgé de 63 ans, vient consulter mon collègue, le docteur Knowles, pour un polype de la gorge.

Sa respiration avait toujours été bonne. Il a constaté les premiers troubles il y a treize ans et un médecin de la famille, il y a deux ans, a enlevé un fragment d'environ deux pouces de long avec des ciseaux courbes.

En penchant sa tête en avant et en toussant apparaît une tumeur polypoïde dont on peut attirer l'extrémité à peine à un demi-pouce des lèvres.

Quand je le vis, il tenait sa tumeur pliée dans un coin de son mouchoir avec les doigts de sa main droite, à l'extérieur du côté droit de sa bouche. La tumeur avait de nombreux prolongements et ressemblait à un morceau de corail.

Elle semblait clore entièrement l'orifice laryngé et paraissait avoir son insertion sur la paroi postérieure du larynx tout près de l'aryténoïde droit.

Quand il laissait aller sa tumeur elle tombait dans le larynx et une partie descendait entre les cordes vocales dans la région sous-glottique et trachéale.

Le fragment était en quelque sorte aminci et calibré, probablement par l'action des cordes vocales.

Pendant quelques mois, ce malade a été très gêné pour respirer, ce qui est normal si on considère la façon dont son larynx était rempli par la tumeur.

A la première consultation du malade, le docteur KNOWLES en tenta l'ablation à l'aide d'une anse froide, mais un mauvais fonctionnement de l'instrument obligea le docteur à employer de longs ciseaux courbes pour libérer l'anse et il enleva deux gros fragments.

La respiration du malade fut tellement améliorée qu'il refusa tout nouveau traitement jusqu'à décembre 1894, époque où il revint de nouveau pour sa gorge.

A l'anse galvanique, le docteur KNOWLES enleva le reste de la tumeur en deux points. Il trouva son insertion très bas dans le larynx. Trois mois après, pas de récidive.

L'examen microscopique montra qu'on avait eu affaire à un lipome submuqueux.

Le docteur FARLOW montre la tumeur conservée dans l'alcool ainsi que la photographie de trois fragments.

John-W. FARLOW. — Observation d'après le *New-York Médical Journal*, 16 novembre 1895, p. 610, vol. 62.

In: *The Laryngoscope*, 1909, p. 666.

OBSERVATION N° 16

Franck W. HINKEL. — *Un cas de fibro-lipome du larynx.*

Mme F..., âgée de 55 ans, vint me consulter le 22 mars 1895. Elle me raconta une histoire montrant une excellente santé générale. Pendant l'hiver 1893, elle commença à avoir conscience d'une sorte de masse à la base de la langue. Elle consulta le docteur ROSWELL PARK, de Buffalo, qui enleva une tumeur longue et cylindrique qui, conservée par la malade dans un flacon d'alcool, semble avoir un pouce 3/4 de long

et 1/3 de pouce de diamètre. Elle raconte que cette tumeur a été enlevée avec des ciseaux, coupée sans difficulté. Quelques années après, il y eut un retour progressif des mêmes symptômes et, dix ans plus tard, en février 1893, le docteur Park en enleva de nouveau une d'aspect semblable à celle de 1893. Les mêmes symptômes revinrent assez rapidement. Il n'y avait plus, quand elle me consulta en 1895, comme cela avait été vu, ni gêne, ni toux, ni expectoration. Il n'y avait pas de difficulté pour avaler, la parole était normale, mais il y avait un changement dans la voix chantée. A aucun moment, il n'y avait eu d'autre symptôme que la sensation de corps étranger dans la gorge.

Son père était mort de cancer de la face, qui avait débuté sous l'œil gauche.

Elle semblait avoir très bonne santé, n'avait rien d'anormal au nez ni à la partie supérieure du pharynx. Du rebord supérieur et gauche de l'épiglotte une tumeur d'un blanc rosé d'apparence flasque descendait dans le sinus piriforme gauche, cachant le repli ary-épiglottique et l'aryténoïde. Elle était souple et molle au toucher au stylet. Il y avait quelques varicosités à la base de la langue. J'engageai très correctement la masse dans un serre-nœud. A ma grande surprise, en dépit de son apparence molle, je fus incapable de retirer le serre-nœud. Me servant du serre-nœud pour tirer la tumeur au dehors, je la ramenai en trois morceaux après l'avoir coupée avec des ciseaux courbes. La section se fit dans du tissu dur et condensé sans beaucoup de douleur ni saignement. Il restait après mon traitement une masse occupant la moitié de la fossette glosso-épiglottique gauche recouvrant un peu le bord gauche de l'épiglotte et se dirigeant vers la paroi antérieure du sinus piriforme. La coloration de la région était tout à fait normale.

Le 9 mars 1898, Mme F... revint me voir, se plaignant que durant le dernier hiver, elle avait un peu souffert de sa gorge. L'examen me montra une tumeur d'un blanc rosé, molle, allongée, insérée au bord libre de l'épiglotte, descendant vers la droite, donnant l'impression que le côté droit de l'épiglotte était recouvert ou encapuchonné. Le repli ary-épiglottique gauche était très épaissi, englobant l'aryténoïde gauche et une partie de la corde vocale gauche, empiétant sur la lumière du vestibule laryngé et remplissant en partie le sinus périforme gauche. La couleur et la mobiité des cordes vocales étaient normales, aucune altération des bandes ventriculaires, la patiente pouvait amener une petite portion de la tumeur épiglottique à ma vue sur une portion de sa langue, elle avait l'aspect d'un polype. Avec une pince et des ciseaux, je l'enlevai facilement, elle présentait deux digitations et avait trois quarts de pouce de long.

Avec un solide serre-nœud et une canule incurvée, par deux fois, j'engageai la portion souple descendant dans le larynx en face du repli ary-épiglottique gauche. L'anse cassa chaque fois montrant ainsi une structure très dense. L'épiglotte, après l'intervention, avait un curieux aspect. La fossette glosso-épiglottique tout entière était remplie jusqu'au niveau du sommet de l'épiglotte par du tissu probablement semblable à la tumeur enlevée. Il semblait qu'elle avait été amputée près du point de son implantation alors que, en fait, elle était d'épaisseur et d'apparence normale à sa face laryngée.

Comme Mme F... était gênée actuellement, on n'attendit pas plus pour enlever la tuméfaction du repli épiglottique gauche.

Le retour perpétuel de cette tumeur, ainsi que son aspect particulier et inaccoutumé, me poussa à faire examiner les pièces que je présentais au docteur Jonathan Wright. Avec son habituelle gentillesse et l'habituel intérêt qu'il porte à tout ce qui touche la pathologie, le docteur Wright a apporté à l'étude de ces pièces ses soins et a présenté les conclusions qui font la principale valeur de ce rapport.

A l'aspect macroscopique il a tout de suite suspecté la tumeur d'être un lipome du larynx. Plus tard, l'examen microscopique confirma cette opinion. Voici son rapport :

N° 644. Les pièces variées reçues à différents moments du docteur Hinkel provenant du larynx du même sujet, montrent une tendance à prendre la forme allongée semblable à un doigt.

Celle enlevée en 1883, après être restée treize ans dans l'alcool, a 45 m/m. de long et environ 8 m/m. de large au point le plus épais. Les autres tumeurs ont plus ou moins le même aspect, quelques-unes étant pédiculées, alors que d'autres sont plus sessiles. Leur aspect semble différer quelque peu avec leur structure. Voici leur examen microscopique, leurs caractéristiques générales, suivant la date de leur ablation.

1883. — Est constituée principalement de cellules graisseuses surtout à sa partie distale, sa base étant plus fibreuse.

1893-1894. — Ces tumeurs étant plus sessiles sont composées de tissu élastique fibreux mais, de-ci de-là, on trouve quelques cellules graisseuses.

1895. — Une longue tumeur pédiculée avec forte prédominance de tissus graisseux.

1898. — Tumeur très sessile composée exclusivement de fibres élastiques. On trouve un ou deux amas de cellules rondes inflammatoires.

La surface de toutes ces tumeurs est recouverte de cellules épithéliales stratifiées.

Ce cas est intéressant, non seulement pour sa rareté, mais surtout à cause de ses récidives fréquentes et de la progressive infiltration des tissus d'insertion.

En outre, il y a une transformation très intéressante du caractère de ces tumeurs qui se produit après leur ablation. Ce fait est bien montré dans les coupes faites par le docteur WRIGHT.

In: *The Laryngoscope*, 1908, p. 667.

Transaction of the 20 th Annual Aecting of the American Laryngologisal Association, Brooklyn, New-York, may 16, 1898, p. 75.

OBSERVATION N° 17

Dr Louis BARD (Nice). — *Lipome du larynx.*

Lipome de la région sous-glottique. — Laryngo trachéotomie au mois de mai 1895.

Notre excellent confrère, le docteur E. GRINDA, nous fit appeler à l'hôpital auprès d'une jeune femme de 25 ans environ, couturière, dont l'état asphyxique était avancé. Un râle tractéal facilement entendu, ainsi qu'un tirage très violent et une cyanose marquée, indiquaient aisément que l'air n'arrivait que très imparfaitement sur l'arbre respiratoire arrêté probablement aux voies supérieures par un obstacle matériel.

Le laryngoscope qui, en pareil cas, fut d'un usage extrêmement difficile, nous permit de voir une tumeur assez volumineuse qui, par moment, venait paraître entre les bords libres des cordes vocales. D'un aspect jaunâtre, elle semblait retenue par un pédicule au-dessous de la commissure antérieure des vraies cordes, d'ailleurs en bon état. Cette malade, sans antécédents morbides, était ordinairement d'une santé parfaite et ne se plaignait de la gorge que depuis quelques mois.

L'état de cyanose et le volume de la tumeur nous encourageaient peu à une tentative d'extraction par les voies naturelles. Aussi, après un simple essai infructueux, fut-il décidé qu'on choisirait la méthode extra-laryngée.

Comme les crises asphyxiques, de plus en plus fortes, avaient épuisé la malade, le docteur GRINDA et moi, fîmes, pour le moment, une simple trachéotomie provisoire et l'opération fut terminée le lendemain par la libération de la tumeur qui ne put être extraite qu'avec une curette.

Après l'avoir fragmentée en deux parties, nous pûmes retirer par les lèvres béantes de la plaie trachéale une tumeur du volume d'une petite cerise, à coque fibreuse, contenant au centre une substance encapsulée dans quelques zones fibreuses secondaires. Cette tumeur était molle, pseudo-fluctuante, de couleur blanc jaunâtre, pédiculée sphérique, laissant au doigt

une sensation souple et comme spongieuse, le pédicule qui l'attachait au larynx n'étant que la continuation de la coque fileuse d'enveloppe.

Il n'y a pas eu de récidive.

Communication à la Société d'O.R.L., mai 1848.

In: *Annales O.R.L.*, tome II, p. 205.

OBSERVATIONS N^{os} 18, 19, 20 et 21

J. Garel.

En 1899, nous avons publié un cas de lipome très volumineux occupant l'arrière-gorge et implanté dans la fosse glosso-épiglottique gauche. Nous l'avons opéré à l'anse galvanique.

En 1907, nous en avons observé un cas sur un de nos confrères. La tumeur, de gros diamètre, remplissait toute la cavité supérieure du larynx, masquant et les cordes et l'orifice glottique.

Dans l'inspiration, la tumeur était entraînée au-dessous des cordes. Elle semblait pendre de la corde gauche, et lorsque nous l'avons enlevée à l'anse galvanique, nous avons vu qu'en réalité elle prenait naissance dans le ventricule.

Cette tumeur, comme toutes les tumeurs lipomateuses de la région du larynx, était constituée par une nappe adipeuse traversée par des faisceaux fibreux assez épais et assez abondants. Elle était coiffée par un derme épaissi et riche en gros vaisseaux et par un épithélium à cellules superficielles plates, cubiques dans la couche profonde.

Nous avons encore observé deux cas de lipomes du larynx. Le premier fut publié en 1901 sous le nom d'éversion ventriculaire à cause de la façon dont il se présentait au miroir laryngé. Le malade mourut d'anémie pernicieuse et l'autopsie nous permit de savoir qu'il s'agissait d'un lipome du ventricule gauche. En 1909, on nous a remis une pièce anatomique absolument identique à celle-ci, avec cette seule différence que le lipome se trouvait implanté dans le ventricule droit.

In: *Traité pratique d'O.R.L.* publié par Lannois, Moure, Lermoyez, Sébileau. Paris, Librairie Doin 1921. Article: *Tumeurs bénignes*, par J. Garel, p. 607 à 611.

OBSERVATION N° 22

E.-F. Ingals. — *Fibro-lipome.*

Fermier de 28 ans, présentant depuis trois ou quatre ans de la dysphagie, dysphonie, difficulté respiratoire.

Examen: Tumeur à surface congestive dans le laryngo-pharynx. On l'enlève avec une pince utérine. On retire des masses fibreuses et graisseuses provenant du côté droit de l'épiglotte, du repli pharyngo-épiglottique droit, du côté droit du pharynx et, peut-être, de la base de la langue.

In: *Annales O.R.L.*, 1901, p. 191.

Association Laryngologique Américaine, Chicago, les 22, 23 et 24 mai 1899.

D'après: *The Laryngoscope*, juillet 1899.

OBSERVATIONS N°s 23 et 24

Calamida. — *Lipome du larynx.*

Un homme de 40 ans se plaignant de sensation de corps étranger mou et charnu dans la gorge, d'accès de toux et même de suffocation, présentait sur le repli ary-épiglottique gauche une tumeur du volume d'une petite noix, rose pâle, pédiculée qui, dans les efforts de toux, était directement visible derrière la base de la langue. Ablation à l'anse. La tumeur, coupée horizontalement, se montrait constituée par une capsule fibreuse externe lui servant de revêtement et une zone centrale compacte, élastique, jaunâtre, ayant l'aspect du tissu adipeux. Les caractères microscopiques de ce tissu étaient exactement ceux des lipomes prenant naissance dans d'autres parties du corps.

Archives Ital. di otologia, 1903, vol. XIV, fasc. 2.

Calamida. — Cet auteur rapporte l'observation d'un lipome inter-aryténoïdien, localisation d'autant plus surprenante que dans cette partie du larynx il n'y a pas trace de tissus adipeux.

Société Italienne de Laryngologie, Otologie et Rhinologie.
XIV^me^ Congrès tenu à Pérouse les 2, 3 et 4 octobre 1922.

In: *Revue O.R.L.*, 1923, tome 2, p. 779.

De Santi. — Observation relatée dans :

Societe de Laryngologie de Londres, 5 juin 1903.

OBSERVATION N° 25

Georges LAURENS. — *Lipome de l'épiglotte.*

Mme de V..., amenée pour tumeur de l'orifice laryngien. Depuis sept ans, sensation de gêne à la déglutition, peu accusée, mais constante. A subi toutes sortes de traitements. Va voir le spécialiste pour accès de suffocation et pour de faux pas de déglutition.

Examen. — Respiration difficile, léger tirage, voix non enrouée mais empâtée donnant l'impression d'un corps étranger endo-pharyngé. La palpation du cou montre une tuméfaction sus-hyoïdienne en masse, de contours difficiles à préciser, sans altération de téguments ; pas d'adénopathies. Au miroir laryngien : présence d'une tumeur volumineuse arrondie interposée entre la base de la langue et le pharynx, comblant tout l'espace entre les deux organes. Aucun vide qui, en apparence, assure le passage de l'air ou du bol alimentaire. Impossible de distinguer le moindre point de repère du côté de l'épiglotte ou des replis, les vallécules étant occupées par cette énorme voussure. A l'œil nu, la tumeur était recouverte par une muqueuse lisse régulière amincie, blanc jaunâtre.

Je posais le diagnostic de tumeur pré-épiglottique bénigne. Je portais l'indication opératoire par ouverture du pharynx.

Opération. — Anesthésie générale demandée par le malade. Trois syncopes par suite de l'oblitération laryngée : trachéotomie. Ablation de la tumeur par voie trans-hyoïdienne. Après avoir fendu la muqueuse du larynx, je tombais sur un énorme lipome atteignant presque le volume du poing, développé dans la région valléculaire ayant refoulé la langue en avant, l'épiglotte en arrière. La poche adhérait à toute la face antérieure de l'opercule laryngien et aux régions voisines. Décortication de la tumeur. Fermeture de la plaie. Suites opératoires : nécrose secondaire de l'os hyoïde qui détermina une suppuration abondante et me força à faire une hyoïdectomie pour tarir le foyer purulent. Cicatrisation rapide. Par la suite : absence de déformation du squelette, phonation parfaite. Amélioration considérable de l'état général.

Revue d'O.R.L., 1904 (18 juillet), p. 65.

OBSERVATION N° 26

MOURE. — Observation citée par GAREL dans son article sur les tumeurs bénignes du larynx.

Nous reproduisons ci-dessous le dessin de la tumeur tel que le présente l'auteur dans :

Traité des Maladies du Larynx, publié par : LANNOIS, MOURE, LERMOYEZ, SEBILEAU.

Paris, Librairie Doin.

OBSERVATION N° 27

HUNT. — Lipome de la partie inférieure du larynx et des trois premiers anneaux de la trachée, cité par G.-B. NEW dans le commentaire de son observation personnelle de lipome du larynx.

In: *Journal A.M.A.*, 19 février 1916.

GOEBEL. MEYJES. — Observations que nous n'avons pu retrouver, mais citées comme classiques par les auteurs, en particulier G.-B. NEW, GOLDSTEIN et GAREL.

OBSERVATION N° 28

Cas de GOLDSTEIN. — *Lipome du larynx.*

(Résumé de l'observation)

Mme P.D.P..., mariée, âgée de 33 ans, me fit appeler à l'hôpital le 25 octobre 1908. Je la trouvai en position de repos, étendue sur le côté gauche, appuyée sur le coude gauche, calée par des oreillers, la tête pendant du même côté. Elle montrait une grande dépression physique, très pâle, la peau moite et luisante, pouls filant rapide mais régulier, langue épaisse et sale, respiration superficielle, pénible, irrégulière, accompagnée d'un stridor très marqué ; tous ces signes indiquant une grosse difficulté à respirer.

Examen médical absolument négatif.

Le 27 octobre 1908, un examen laryngien montre une grosse masse ronde, pâle, de teinte jaunâtre, remplissant complètement la glotte, s'étendant de la paroi latérale gauche de la fosse ventriculaire et recouvrant les deux cordes vocales. Sur la tumeur apparaissait un réseau considérable de capillaires. Quand la patiente était debout, elle occupait toute la lumière de la glotte, sauf un petit pertuis situé en avant entre la néo-formation et la corde vocale droite. Dans cette position, la respiration était presque impossible, car elle fermait la glotte.

Je fis un examen avec un stylet qui me permit de définir l'insertion de la tumeur localisée dans la fosse ventriculaire gauche.

Le palper externe du cou montre une grosse masse ronde située dans l'espace cricothyroïdien gauche. Mouvements du larynx normaux, pas de ganglions.

Antécédents personnels : A six ans, forte dyphtérie à la suite de laquelle, chaque hiver, la malade a des crises de toux.

La malade est institutrice.

Depuis cette époque, elle souffre d'une aphonie légère qui augmente progressivement. Ces derniers mois, sensation de gêne dans la gorge et difficulté à avaler ; en outre, elle présente une dyspnée très marquée qui change avec les positions du corps, fréquents accès de toux, elle est très pâle, dort très mal, pas d'appétit.

Intervention le 29 octobre. Anesthésie laryngée à la cocaïne adrénalinée. Prise de la tumeur avec un serre-nœud de Krause. Ablation très facile. Très légère hémorragie arrêtée par de l'adrénaline. L'examen laryngien pratiqué alors montre une deuxième tumeur semblable que l'on essaye d'enlever par la même méthode. Impossibilité de sectionner le pédicule et, devant l'agitation et la toux de la malade, traction énergique

sur la masse par l'intermédiaire du serre-nœud qui relève le larynx et la tumeur; à ce moment-là, section du pédicule au ciseau.

Guérison rapide et sans incident.

Après guérison, l'examen laryngé montre un ventricule de Morgani libre, la bande ventriculaire gauche ramenée en position normale, voix normale. On ne peut voir l'insertion de la tumorale très bas située.

Examen des tumeurs. — Elles sont absolument semblables, souples et élastiques, entourées d'une capsule indépendante. Sur l'une des deux, il y a une fente représentant l'insertion de l'autre. Réseau vasculaire assez développé.

Examen histologique. — Tissus composés exclusivement de cellules graisseuses un peu plus grosses que dans les tissus normaux, noyaux périfériques. Ces cellules sont en groupes, séparés par des travées conjonctives où courent des vaisseaux. Capsule périférique fibreuse normale. Quelques cellules lymphoïdes et plasmatiques.

Diagnostic. — Lipome typique avec légère inflammation chronique.

In: *The Laryngoscope*. Vol. 19. St-Louis. Sept. 1909, n° 9, p. 646.

OBSERVATION N° 29

TAPIA. — *Lipome du larynx.*

Femme de 48 ans qui, depuis quatre ans, ne peut avaler qu'avec de telles difficultés qu'elle en est arrivée à ne plus prendre que des liquides à toutes petites gorgées.

Examen. — A l'entrée du larynx, on voit une tumeur lisse, arrondie, qui occupe presque tout le vestibule, ne laissant entre elle et l'épiglotte qu'une petite fente par où filtre l'air. Le pédicule paraît implanté dans le repli ary-épiglottique droit. La tumeur est molle, avec une certaine résistance qui donne l'impression qu'il s'agit d'un kyste.

Ponction au galvano-cautère négative. Ablation de la tumeur à l'anse galvanique sous cocaïne en deux séances.

Examen histologique : lipome.

In: *Annales d'O.R.L.*, 1910, 2me partie, p. 490.

OBSERVATION N° 30

ELMER L. KENYON. *Volumineux lipome du laryngo pharynx.*

En octobre 1907, je vis pour la première fois Mme C..., petite femme de 27 ans. Depuis de nombreuses années, elle souffrait d'une vague sensation de corps étranger de la gorge, difficulté à avaler, fréquents enrouements, respiration pénible et bruyante, surtout la nuit. Cependant, bon état général, un peu nerveuse. Rien dans ses antécédents.

Examen. — On note une légère adénopathie sous-angulo-maxillaire existant depuis déjà quelque temps. La palpation ne révèle rien d'anormal si ce n'est qu'une pression sous l'angle du maxillaire droit, amène de la dypsnée. On voyait la tumeur en déprimant la langue sur la paroi postérieure et droite du pharynx. De là, elle s'étendait vers le bas jusqu'à l'ouverture laryngée vers les cartilages aryténoïdes. D'où très faible passage pour l'air. La base d'infiltration est très souple et lisse, très dépressible.

Ponction négative. Une incision donne issue à des globules graisseux.

Examen microscopique. — Lipome typique avec sa capsule.

Opération. — Anesthésie locale à la cocaïne. Ablation de la tumeur après incision au bistouri au niveau du bord supérieur de l'épiglotte. Légère hémorragie, ligature de deux ou trois vaisseaux. Suites opératoires excellentes, augmentation de poids. Résultat fonctionnel excellent. Très peu de modification à l'examen laryngé.

Pièce opératoire. — Tumeur très lobulée, 3 pouces 1/4 de long, 2 1/4 de large, 1 d'épaisseur.

In: *The Journal of the American Medical Association* 1911, p. 1793.

OBSERVATION N° 31

Gordon B. New. — *Fibro-lipome du larynx.*

Mme W. C..., (observation n° 133.172), âgée de 29 ans, examinée le 15 juin 1915, se plaint d'avoir depuis huit ans la voix voilée sans avoir eu des signes prémonitoires. Elle prit froid à cette époque, fut complètement aphone une semaine et ne recouvrit jamais sa voix. Elle consulta un médecin ; il prescrivit gargarismes et collutoires sans faire de diagnostic précis. Cinq ans après, nouvelle visite à un médecin pour l'aphonie ; il donne un traitement pour affection bronchique.

Un an après, on examine son larynx. Le médecin lui trouve les glandes du cou hypertrophiées et de l'hypersécrétion des muqueuses des voies aériennes, ce qui serait la cause de son aphonie. Il ordonne un massage électrique du cou. Dix-sept mois après, la patiente note une grosseur du côté gauche du cou mais elle ne fut pas incriminée.

Trois mois après, spasme laryngé avec grosse dysphagie. A l'examen, légère dypsnée d'effort, mais elle se porte très bien. Il n'y avait ni toux, ni expectoration, ni perte de poids. T. A.: 121 et 180. Analyses urines et B. W. négatif.

Examen du nez et de la gorge : négatif.

A l'examen du larynx, on trouve une tumeur du côté gauche recouverte d'une membrane muqueuse d'aspect normal surmontant apparemment le repli aryténo-épiglottique. La corde était invisible. On ne pouvait voir que le tiers postérieur de la corde droite. Pas de changement de position au cours de la respiration. Elle était tout à fait souple et facilement identifiable à l'examen. Diamètre apparent : un pouce.

Par suite de son aspect anormal, on décide de l'enlever par thyromie. La possibilité d'un diverticule interne du larynx serait discuté en cours d'opération.

Le 24 juillet 1915, anesthésie à l'éther. Thyrotomie par le docteur Judd. Incision médiane, l'os hyoïde est incisé pour donner une meilleure vision sur le larynx. Le larynx ouvert, on voit une tumeur sur la corde gauche dilatant le repli aryténo-épiglottique. On l'incisa, et la masse, qui ne semblait pas avoir un pédicule défini, fut parfaitement enlevée.

La voix de la patiente revint progressivement après l'opération. Sortie le 17 août 1915. On la convoque pour examen dans trois mois.

Après ablation de la tumeur, un excès de tissus sur le côté gauche du larynx empêcha un rapide retour de la voix et il semblait que l'on doive être conduit à l'enlever par la suite par voie intra-laryngée. La malade revient le 2 décembre 1915: voix presque normale. L'examen du larynx montre une légère différence dans les mouvements de la corde gauche qui est incurvée vers la gauche. La malade trouve son état général très amélioré.

In: *Journal A.M.A.*, 19 février 1916.

OBSERVATIONS N°s 32, 33, 34, 35 et 36

N. Wright. — *Lipome du larynx enlevé par une opération.*

La tumeur provenait du repli ary-épiglottique d'un homme de quarante-cinq ans. Elle a été enlevée sans anesthésie générale et à l'aide de la laryngoscopie à suspension. Les symptômes qui existaient depuis cinq ans se traduisaient par de la sécheresse de la gorge et de l'altération vocale.

N. Wright dit que, malgré le volume de la tumeur, son malade n'avait pas de dyspnée et que les symptômes étaient des plus communs. La tumeur a pu être facilement extirpée.

M.T.B. Layton. *Lipome sous-muqueux du sillon glosso-épiglottique.*

La tumeur a été enlevée après décès sur un homme âgé de soixante-seize ans, qui, en entrant dans un restaurant, poussa un cri et tomba mort.

N. O'Malley rappelle la rareté des lipomes du larynx et dit que, ayant parcouru, il y a quelques années, la bibliographie de la question, il n'a pu trouver que treize cas. La partie inférieure du pharynx et la base de la langue sont les sièges de tumeurs variées qu'on ne doit pas classer parmi les lipomes du larynx, car ces derniers prennent ordinairement naissance dans le repli ary-épiglottique. Dans un cas personnel le malade avait, de temps à autre, des accès de dyspnée.

On pouvait voir le lipome pendant entre les cordes vocales et se comportant comme une soupape. Si on l'avait laissé là plus longtemps, le malade aurait pu être étouffé.

M. Irwin Moore rappelle des passages d'un article sur cette question publié dans les comptes rendus de la Section

de Pathologie par le professeur Shattoch, au sujet d'un gros lipome de la glotte et de la base de la langue. Il montre aussi un spécimen de lipome du larynx qui fut enlevé par M. Hunter Tod.

Société Royale de Médecine de Londres. Séance du 31 novembre 1922.

In: *Revue de Laryngologie*, 1923, tome 2, p. 1006-1007.

OBSERVATION N° 37

A. Walfort. — *Lipome du larynx.*

En 1917, le malade, âgé de 43 ans, s'aperçut que sa voix devenait rauque et qu'il ronflait la nuit.

En 1924, le ronflement ayant augmenté et la voix étant toujours défectueuse, le malade subit une amygdalectomie sans résultat.

En 1927, dyspnée nocturne. On diagnostique un néo du larynx et on conseille la trachéotomie.

En 1930, trois ans après la trachéotomie, le malade retourne à l'hôpital et on note une tumeur du volume d'une orange siégeant sur le côté droit du cou en avant du sterno-mastoïdien, au niveau du cartilage thyroïde et de l'os hyoïde. Tumeur mobile à la déglutition, larynx déplacé vers la gauche. Sous-anesthésie générale, on fait un examen du larynx à la spatule de Jackson et on trouve une tumeur sous-muqueuse droite oblitérant complètement la lumière laryngienne.

Pas de trace d'ulcération.

Diagnostic. — Kyste ou lipome.

Intervention par voie externe. On enlève un lipome pesant sept onces et demi, dix jours après on enlève la canule trachéale. Guérison.

The Journal of Laryngologie, août 1930.

In: *O.R.L. Internationale*, tome XIV, 1930.

OBSERVATION N° 38

Hynn. — *Lipome extrinsèque du larynx.*

Le lipome est une tumeur composée de tissus adipeux, il ne provoque pas de métastase mais on peut en observer plusieurs en même temps sur les différentes régions du corps.

La calcification, la gangrène, le sphacèle de ces tumeurs peuvent survenir, mais elles ne disparaissent pas si le porteur maigrit considérablement. Le lipome peut être un caractère éthnique comme chez les Hottentotes et les Egyptiennes de l'antiquité.

Observation. — M. C. W. P..., 64 ans, vu en décembre 1925, se plaignant de douleurs vives et de dysphagie, gêne à l'élocution.

Le début remonte à dix ans par une gêne à la gorge et des quintes de toux. Soigné pour asthme.

A l'examen, on trouve à la base de la langue une grosse tumeur lisse repoussant l'épiglotte et amenant de la dyspnée et de la dysphonie. Sur le corps, plusieurs tumeurs lipomateuses.

Intervention. — Sous-anesthésie locale, incision et énucléation sans peine (54 grammes). Tous les troubles disparaissent.

En 1931, le malade revient pour une récidive, mais on décide d'attendre.

En 1932, nouvelle intervention. Cette fois, la tumeur pèse 114 grammes.

The Laryngoscope, avril 1933, page 294.
In: *O.R.L. Internationale*, 1933.

OBSERVATION N° 39

Ricardo Botey. — *Les tumeurs bénignes du larynx.*

Les lipomes sont très rares dans le larynx. Nous n'en avons observé qu'un cas.

Le volume et la forme des lipomes du larynx sont très variables. Dans des cas rares, les lipomes siègent à l'intérieur du larynx, alors ils produisent du cornage qui peut aller jusqu'à la suffocation. En effet, dans ces cas, la tumeur assez volumineuse occupe presque toute la cavité du larynx et dans l'inspiration descend sous les cordes vocales qu'elle recouvre, dans l'expiration la tumeur remonte et remplit toute la cavité supérieure du larynx.

Nous avons opéré avec de grandes difficultés un cas dans ce genre par les voies naturelles. La pince glissait sur la tumeur et celle-ci, à chaque tentative, descendait sous la glotte. Pendant l'opération, le malade fut plusieurs fois sur le point d'étouffer, malgré que nous le laissions reposer pour prendre haleine.

L'examen histologique exécuté par le professeur Callejo montra qu'il s'agissait d'un fibro-lipome où d'une masse de tissus lipomateux traversée par de nombreuses fibres conjonctives assez épaisses et des faisceaux fibreux assez abondants. Cette tumeur était recouverte d'un épithélium à cellules en grande partie cubiques.

In: *Monographie O.R.L. Internationale*, n° 25, p. 20.

OBSERVATION N° 40

DAVIS. — *Lipome du larynx.*

Jeune femme de 29 ans, se plaignant de raucité vocale remontant à trois ans. Pas de douleurs ni de dysphagie ni d'adénopathie. L'aile thyroïdienne droite est un peu plus saillante que la gauche.

A la laryngoscopie on trouve une tuméfaction arrondie, rosée, de la région aryténo-épiglottique, cachant la corde droite qui paraît fixée.

Sous-anesthésie intra-trachéale à l'éther on fait une incision verticale de l'hyoïde au cricoïde et une incision horizontale au niveau de l'hyoïde. On rabat en bas le lambeau. Mise à nue de l'aile droite du thyroïde. On enlève la tumeur sans incidents. Il s'agissait d'un fibro-lipome.

The Journal of Laryngologie, p. 834, décembre 1933.
In: *O.R.L. Internationale*, 1934.

OBSERVATION N° 41

BIRKETT. — *Lipome du larynx.*

S. T..., 28 ans, hospitalisé le 28 avril 1921 pour une raucité de la voix avec toux depuis 1918 comme suite de guerre.

En 1920, le malade est resté huit mois dans un sana sans aucune amélioration de sa voix ni de sa toux.

Léger stridor dans les deux phases respiratoires.

Un mois avant l'entrée à l'hôpital, une tentative fut faite pour ponctionner une grosseur de la gorge. L'aiguille se brisa et un fragment resta dans la tumeur. Une radio décela la présence d'un corps étranger en face de C 5 à gauche. A la laryngoscopie, on trouva un œdème marqué de la bande ventriculaire gauche débordant vers la région commissurale antérieure. La corde vocale est recouverte et la glotte rétrécie de moitié. La mobilité des cordes est intacte. Au toucher, la tumeur paraît très dure. Trachéotomie préliminaire sous anesthésie générale. En réclinant la peau et le tissu sous-cutané du côté gauche, on tombe sur une tumeur brillante, jaune, du volume d'une noix, que l'on peut facilement enlever à travers une brèche du thyro-hyoïdien. Le fragment d'aiguille était fixé dans la tumeur.

Examen histologique : lipome.

Le lendemain, on enleva la canule trachéale ; la glotte est déjà plus libre.

Guérison complète en trois semaines.

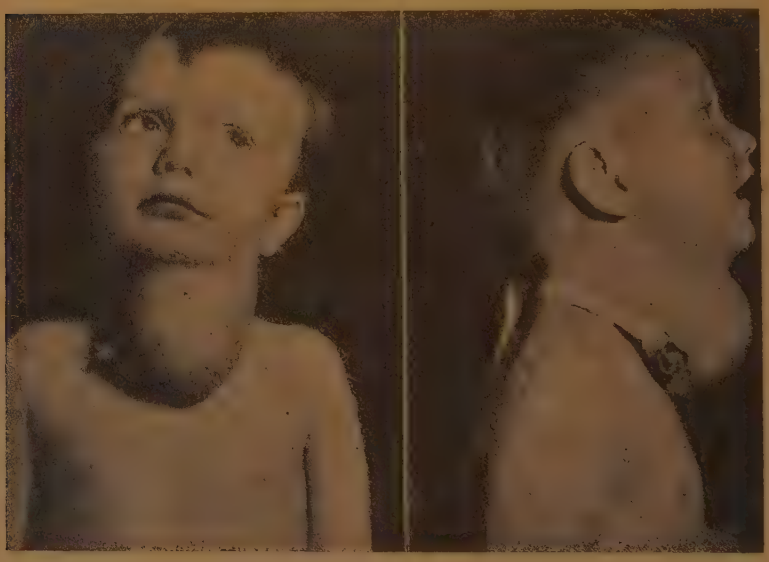
Le lipome intrinsèque du larynx est très rare. CHEVALIER-JACKSON n'en a vu que sept en quarante ans.

Journal de Laryngologie, octobre 1934, p. 732.
In: *O.R.L. Internationale*, 1935, p. 228.

OBSERVATIONS N°s 42 et 43

CHEVALIER-JACKSON

Sur les huit cas que cet auteur a observés, nous n'avons pu retrouver que la relation des deux cités dans son livre classique : « Le Larynx et ses maladies ».

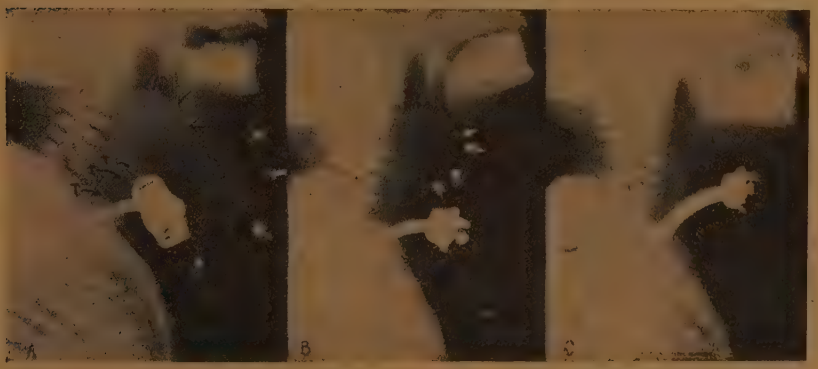


Photographie d'un enfant de trois ans montrant une masse qui, ainsi qu'on l'a constaté plus tard, était formée de deux lipomes indépendants. Le déplacement de la trachée était tel qu'il fallut faire une trachéotomie au niveau du côté du cou pour éviter l'asphyxie.

1°) Une femme de 23 ans présente un lipome de la face postérieure de l'épiglotte. Il en effectue l'ablation par laryngoscopie directe. Pas de récidive après cinq ans.

2°) Lipome du larynx chez un petit garçon de 3 ans. Depuis sa naissance, il présentait de la difficulté respiratoire qui avait finalement nécessité une trachéotomie quelques mois

avant son admission chez nous. Malgré son âge, l'enfant s'était laissé examiner au miroir. Le larynx semblait obstrué par une énorme masse extrinsèque. Après ablation de cette masse par voie externe (W.-W. Babcock), on découvrit une deuxième masse intrinsèque qui occupait toute la moitié gauche de la cavité laryngée. Elle semblait tout d'abord faire corps avec la charpente cartilagineuse du larynx, mais après dissection, on put constater qu'elle était entourée d'une capsule indépendante. Un traitement par dilatation eut raison de la sténose.



Radiographie du même enfant, montrant l'ombre de (A) deux tumeurs massives qui oblitéraient la lumière laryngée. La lumière trachéale avait disparu au niveau du cricoïde. Une des tumeurs semblait former corps avec le larynx. La tumeur péri-laryngée fut enlevée en premier; elle était contenue dans une capsule séparée. La tumeur intra-laryngée fut enlevée par dissection soigneuse, laissant les cartilages et le périchondre intacts.

OBSERVATION N° 44

Sato. — *Lipome du larynx.*

Femme de 47 ans, avec dysphonie et sensation de corps étranger du larynx.

L'examen laryngoscopique montre une tumeur du volume d'un œuf de poule, rosée, rénitente, s'implantant au niveau de la fente ary-épiglottique gauche. Il existait une riche circulation vasculaire superficielle. Cette masse recouvrait la glotte de telle façon qu'une seule partie de la corde vocale droite était visible.

Ablation à l'anse froide et ciseaux.

Examen histologique: lipome.

O.R.L. Japonaise, octobre 1935.

In: *O.R.L. Internationale*, 1937, tome XXI.

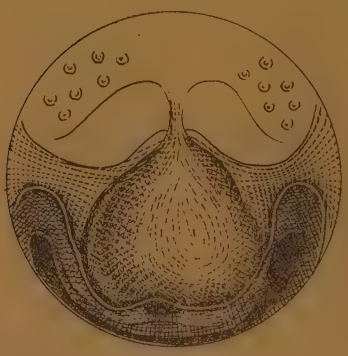
OBSERVATION N° 45

J. Ducuing et J. Calvet. — *Volumineux lipome du larynx.*

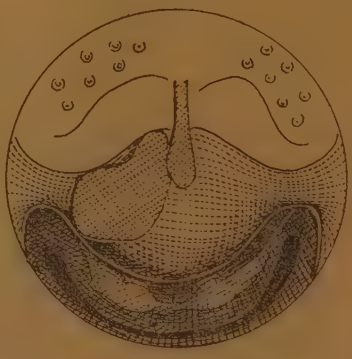
Il s'agissait d'une femme de 58 ans, en excellente santé, qui présenta une brusque crise de dysphagie en avalant une potion ordonnée par un de nos confrères pour douleurs rhumatismales.

AVANT L'ABLATION DE LA TUMEUR — APRES L'ABLATION DE LA TUMEUR

Image laryngoscopique — En pointillé l'insertion tumorale



1



2

Evidemment, elle incrimina la potion. On changea la formule, mais la dysphagie persista. Une médication banale à base de fumigations amena un léger répit. Mais bientôt, la malade ne put avaler des solides et dut s'alimenter presque uniquement avec des laitages.

C'est pour cette dysphagie brusque, non douloureuse, et remontant à deux mois, qu'elle vint à la consultation du Centre Anticancéreux, où elle nous fut confiée par M. le Professeur Ducuing.

A ce moment-là, elle présentait un aspect floride, nous ne notâmes pas de ganglions, pas de tirage, pas d'altération vocale ; la crépitation laryngée était intacte, la membrane thyro-hyoïdienne souple, en un mot, rien qui puisse nous faire penser à une tumeur bénigne de la grosseur de celle que nous devions trouver.

Examen laryngoscopique: ce qui frappe tout d'abord, c'est que la glotte est cachée entièrement par une tumeur volumi-

Image radiographique avec lipiodol

3

Image radiographique avec lipiodol

4

neuse ressemblant à une châtaigne de couleur rougeâtre, vascularisée, semblant attachée par un pédicule au repli glosso-épiglottique médian et refoulant l'épiglotte à la manière d'un clapet sur la margelle du larynx. C'est à peine si l'on apercevait la partie postérieure de la glotte dans la région inter-aryténoïdienne et nous avouons que nous fûmes très étonnés de l'absence de signes vocaux et de signes asphyxiques qui auraient dû entraîner une tumeur de ce calibre.

Nous pratiquâmes ensuite une radiographie après injection de lipiodol qui confirma ce que nous avions vu à l'examen laryngoscopique. On aperçoit sur celle-ci les fossettes glosso-épiglottiques largement ouvertes par le poids de la tumeur. Celle-ci est extrêmement volumineuse, bute contre la paroi postérieure du pharynx et l'on comprend de ce fait la dysphagie. La tumeur paraît reposer sur les aryténoïdes, ce qui explique qu'il restait un passage suffisant pour l'air.

Ayant admis qu'il s'agissait là d'une tumeur bénigne, nous décidâmes de l'extirper par les voies naturelles en prenant cependant quelques précautions dans le cas où elle serait trop vascularisée en vue d'une hémorragie éventuelle.

La malade fut opérée sous anesthésie locale avec serre-nœud en diathermo-coagulation. L'intervention se passa sans incident et pour ainsi dire sans hémorragie.

La tumeur, pédiculée, tenait au repli glosso-épiglottique médian, mais adhérait également par sa base à la fossette glosso-épiglottique droite.

Sur un deuxième cliché radiographique pratiqué après l'intervention, on aperçoit nettement le lit de la tumeur et l'épiglotte, dont l'intégrité a été respectée au cours de l'ablation mais qui garde encore sa position anormale primitive.

Macroscopiquement, la tumeur présentait l'aspect et la grosseur d'une châtaigne ; tumeur lisse, arrondie, rénitente, rosée, et dont la coque était sillonnée de nombreux vaisseaux.

A la coupe, on aperçoit un tissu graisseux caractéristique entouré d'une coque conjonctive qui permettait d'affirmer que l'on se trouvait en présence d'un lipome.

Ce diagnostic a été confirmé par l'examen anatomo-pathologique qui a montré des adipocytes englobés dans une enveloppe conjonctive périphérique envoyant des cloisons dans le milieu de la tumeur.

OBSERVATION

des Docteurs Jean Calvet, Georges Constant
et André Rebeyrolle

(Observation personnelle)

M. V..., Espagnol, âgé de 38 ans, vient le 15 juillet 1942 à la consultation de notre service à la Clinique O.R.L. de la Grave.

Il vient se faire examiner pour une gêne respiratoire datant de cinq à six mois.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents personnels.

Pendant l'interrogatoire, on est frappé par l'effort que fait le malade pour parler. La voix paraît normale cependant, elle nous arrive comme étouffée et assourdie.

M. V... n'accuse aucune douleur et insiste simplement sur le fait que lorsqu'il force et qu'il est obligé de respirer plus violemment il a l'impression d'un clapet qui empêche l'entrée de l'air.

— L'examen externe ne montre aucun ganglion.
— La crépitation laryngée est normale.
— La membrane thyrohyoïdienne assez développée est souple.
— Le larynx est en bonne place et la palpation ne révèle aucun point douloureux ni aucune déformation de l'architecture laryngée.

Laryngoscopie indirecte. — On est frappé immédiatement par une masse volumineuse arrondie, de couleur blanc, jaunâtre, réfringente, dont la surface est sillonnée de petits vaisseaux dont la couleur rouge tranche nettement sur le fond.

Cette tumeur mobile occupe tout le vestibule laryngé, refoulant l'épiglotte vers la base de la langue et en arrière allant au contact de la partie médiane de la paroi pharyngée.

Lorsque le malade respire fortement ou fait des mouvements de déglutition, on a l'impression que la tumeur se soulève du côté droit et que son implantation siège du côté opposé.

Pour préciser cette implantation, nous procédons à l'anesthésie locale qui nous permet d'obtenir le silence laryngien absolu et de relever la tumeur à l'aide d'un porte-coton.

Nous apercevons alors la glotte intacte avec les deux cordes vocales dont la mobilité est normale et d'aspect blanc nacré.

Cette manœuvre nous permet de préciser l'implantation exacte qui siège dans le ventricule gauche.

Nous sommes étonnés qu'une tumeur aussi volumineuse ait pu être supportée aussi longtemps sans entraîner autre chose qu'une gêne respiratoire au moment de l'effort et sans troubles nettement apparents.

Ayant eu déjà l'occasion d'observer un cas semblable, nous portons d'emblée le diagnostic de lipome du larynx en faisant toutefois une réserve : celle de la possibilité d'un kyste. Une radiographie pratiquée de profil montre une masse arrondie lisse obstruant complètement la glotte et l'hypopharynx.

Opération deux jours après sous anesthésie locale.

Nous chargons la tumeur sur un serre-nœud laryngien et l'extirpation a lieu sans incident, ni hémorragie.

L'examen macroscopique et microscopique confirme notre diagnostic. Il s'agissait bien d'un lipome du larynx.

Photographie représentant la tumeur grossie d'un tiers

Etude clinique des lipomes du larynx

Classification des tumeurs laryngées et place à donner aux lipomes parmi les néo-formations se développant aux dépens de cet organe

On avait coutume, au premier examen laryngoscopique, à la vue d'une néo-formation, de dire : Ce sujet présente un polype du larynx.

Qu'est-ce d'abord qu'un polype du larynx?

Nous comprendrons sous ce vocable toutes les lésions chroniques circonscrites, faisant saillie à la surface de la muqueuse laryngée. Ces polypes peuvent être sessiles ou pédiculés uniques ou multiples.

Cette définition est très exacte et à la fois défectueuse. Au point de vue macroscopique, cette expression de polype est parfaite, car très claire, facilement compréhensible, elle exprime bien ce que l'on voit, mais son défaut est d'exprimer une image anatomique commune qui correspond à des lésions histologiques différentes. Elle est cependant indispensable au vocabulaire, car le diagnostic histologique n'est fait parfois qu'après ablation de la tumeur. En outre, le terme de polype du larynx est devenu pour certains auteurs synonyme de tumeur bénigne. C'est ainsi qu'on décrit des fibromes, des papillomes, des kystes, des lipomes,

des angiomes, des enchondromes, etc..., la proportion de ces tumeurs étant très différente.

A côté de cette façon de voir, qui est classique, à la suite de Chiari, on a essayé de faire une classification.

Cet auteur a décrit dans sa nomenclature des tumeurs bénignes, sous le nom de « polypes », des petites tumeurs rondes ou ovoïdes, molles, localisées généralement au tiers antérieur des cordes vocales. Elles se développent à la suite d'un arrêt de la circulation dans les vaisseaux sanguins des cordes vocales. Leur masse principale est constituée par des amas de sang et de lymphe ayant fusé dans le tissu conjonctif lâche. Ce tissu conjonctif est tellement peu abondant, qu'on ne peut pas accorder à ces polypes l'appellation de fibromes.

Cette lésion, Chiari l'appelle polype. Il considère qu'elle constitue la catégorie la plus fréquente des tumeurs bénignes du larynx, les autres comprenant des fibromes, des papillomes, des myxomes, etc...

L'école lyonnaise, avec Mayoux et son élève Doretzki, tendent à démontrer que la majorité des polypes est due simplement à des troubles vasculaires ou inflammatoires banaux.

Ces considérations nous conduisent à classer les polypes du larynx en deux grandes catégories : les polypes non tumoraux et les polypes tumoraux.

Parmi les premiers, nous distinguons les polypes dûs à des lésions inflammatoires aiguës ou chroniques, les kystes par retention, les polypes d'origine vasculaire pure et ceux d'origine vasculaire et dégénérative.

Parmi les polypes tumoraux, nous mettrons ceux qui sont constitués par une tumeur bénigne. Les plus fréquentes sont les tumeurs didermiques (conjonctives et épithéliales). C'est-à-dire les papillomes. Plus rarement on trouve des tumeurs mésenchymateuses sous-épithéliales.

Cependant, nous devons rappeler qu'une tumeur maligne peut donner au début le même aspect macroscopique. Nous pouvons donc, nous inspirant du professeur CANUYT, classer ces tumeurs selon le tableau suivant :

POLYPES non TUMORAUX	*inflammatoires*	aigus	suppurés (abcès miliaires). diffus.
		chroniques	cellulaires. fibreux ou scléreux. spécifiques.
	kystiques		kystes de rétention.
	d'ordre vasculaire		œdème. hémorragie. varices. thrombose.
	d'ordre vasculaire et dégénératif		amyloïdes. fibrinoïdes. pseudo-amyloïde (fibrine d'hémorragie organisée).
POLYPES TUMORAUX	*bénins*	didermiques	papillomes. adénomes.
		parenchimateux	fibromes. myxomes. *lipomes.* hémangiones. lymphangiomes. chondromes. élastomes.
	malins		quelquefois cancer du larynx au début.

Comme nous l'avons déjà vu, c'est le premier groupe de ces tumeurs qui est le plus fréquent.

Les tumeurs bénignes, développées au dépens des tissus conjonctivo-vasculaires et de leurs dérivés (tissus

adipeux, cartilagineux), comme celles des tissus musculaires et lymphopoïtiques, sont constituées par les divers éléments composants ces tissus. Elles sont très rares. Toutes sont bénignes, bien limitées, encapsulées, indépendantes des tissus voisins.

Cette mise au point d'ordre général, nous a permis de classer le lipome parmi toutes les autres affections bénignes, et nous avons, en étudiant l'histologie normale du larynx, donné ses localisations, les causes de sa rareté et, en même temps, ses sièges de prédilection correspondants à la présence normale des cellules adipeuses susceptibles de s'hyperplasier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lipome du larynx est, comme toutes les autres tumeurs lipomateuses, constitué essentiellement par du tissu adipeux. De couleur jaune ou ambrée, il se présente à nous sous une forme arrondie, avec une consistance demi-molle. Ce caractère explique son extrême mobilité à l'intérieur de la cavité laryngée et sa facilité d'adaptation pour se mouler sur la forme générale de l'organe.

Au point de vue implantation, ils peuvent être largement sessiles, finement pédiculés ou bien représentés uniquement par un simple repli de tissu. On peut voir toutes les variantes entre ces formes extrêmes.

Les lipomes, particulièrement volumineux au lieu d'être régulièrement arrondis, peuvent présenter parfois de place en place des surélévations et prendre un aspect nodulaire. Leur plus grand diamètre varie de deux à dix centimètres.

Leur point d'origine siège le plus souvent au-dessus des cordes vocales ou sur la margelle du larynx.

Birkett n'a signalé que cinq cas endo-laryngés, le sien compris, les quarante-deux autres cas de sa statistique siégeaient dans la région sus-glottique.

Dans les cas que nous avons pu étudier, nous arrivons d'ailleurs aux mêmes conclusions que lui ; la plupart de ces tumeurs siégeant sur l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, la margelle du larynx ; parfois même, les insertions sont mixtes et s'étendent au sinus piriforme ou à la base de la langue.

Du point de vue histologique, les lipomes ne méritent pas une description très particulière.

Ils sont constitués par des cellules graisseuses en général très tassées les unes contre les autres, dont le volume est plus irrégulier et plus grand que celui des cellules normales (100 μ au lieu de 25 à 30).

Leur noyau refoulé à la périphérie est applati et occupe, comme l'a montré Champy, le centre du cytoplasme. Ces diverses cellules sont entourées par une résille de fibres collagènes formant des travées et se réunissant à la périphérie pour englober la formation dans une coque conjonctive plus ou moins dense, qui est elle-même richement parcourue par des vaisseaux dont les ramifications vont irriguer les travées conjonctives.

Le tissu fibreux peut se rencontrer en quantités variables.

Tantôt il n'existe que de petites travées, comme nous l'avons décrit plus haut, tantôt, au contraire, il s'agit d'une tumeur presque purement fibreuse où l'on ne trouve disséminés, çà et là, que de rares adipocytes.

Les cas mixtes auront des interprétations histologiques différentes ; la même tumeur sera pour l'un, un fibrome avec dégénérescence graisseuse et, pour un autre, un simple lipome avec surcharge de tissu fibreux.

On a pu observer également dans ces néo-formations des cellules myxomateuses étoilées.

Ces tumeurs sont, en général, reliées au larynx par un pédicule fibreux qui est, en somme, la continuation de la capsule. Le pédicule et la tumeur sont recouverts par une muqueuse, émanation de l'épithélium laryngé plus ou moins hyperplasié ou aplati, mais qui représente un épithélium pavimenteux.

Dans les cas où la tumeur est sessile et de petit volume, elle refoule simplement la muqueuse laryngée qui ne subit alors aucune modification. A noter également que certains auteurs ont constaté l'association de lipomes et de polypes.

Nous retiendrons par conséquent, du point de vue anatomo-pathologique microscopique, deux formes : primo, le lipome pur et, secundo, le fibro-lipome, comme dans le cas de Bruns (observation n° 10). Dans le cas de Kœhler, le tissu de soutien apparaît très important en certains endroits. Le cas de Hinkel (observation n° 16) est le plus intéressant car, à chaque récidive, la tumeur devient de plus en plus riche en tissu fibreux.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans les cas de lipome, comme d'ailleurs dans les autres tumeurs laryngées ayant même consistance et même forme, la symptomatologie est fonction de multiples facteurs : le siège de la tumeur, ses dimensions, sa forme pédiculée ou non, sa consistance et l'âge du sujet.

A) *SIGNES FONCTIONNELS.*

Ils consistent avant tout en troubles de la voix plus ou moins prononcés pouvant aller jusqu'à l'aphonie, en troubles respiratoires et dysphagiques.

Tandis que l'altération vocale ne manque presque jamais mais est peu accentuée, au contraire, les accidents respiratoires et digestifs sont plus rares.

1°) *Altération de la phonation.*

Elle s'établit, la plupart du temps, peu à peu et sans que le malade en ait pour ainsi dire conscience. Parfois, elle débute d'emblée. Généralement, elle survient à la suite d'un rhume ou d'un effort de voix prolongé. (La malade de G.-B. New est aphone après avoir pris froid. Celle de Coupard contracte son aphonie après avoir dormi pendant deux mois les fenêtres ouvertes).

La voix peut être altérée dans son intensité et dans son timbre. Deux facteurs entrent en jeu pour produire ces modifications : la présence de la tumeur et la congestion concomittante dont la muqueuse peut être le siège.

Au point de vue de l'intensité, le malade peut être atteint de dysphonie simple, d'enrouement, de raucité de la voix, mais aussi d'aphonie presque complète comme dans le cas de Golbeck, ce qui ne nous étonne nullement, étant donné le volume des tumeurs qui envahissent dans ce cas tout l'orifice pharyngo-laryngé.

Dans toutes les autres observations que nous possédons, la voix est seulement voilée ou rauque, quelques fois à peine altérée. Le malade de Schrötter n'est presque pas gêné et dans nos deux observations personnelles la voix est à peine étouffée, ce qui s'explique par le fait que la tumeur repose sur les aryténoïdes et ne vient pas encombrer la glotte.

Quand la tumeur empêche la coaptation des cordes vocales, la voix est légèrement plus assourdie; le son émis serait plus grave quand elle est située au niveau de la commissure. Ces signes sont évidemment augmentés quand une tumeur de gros volume descend dans la glotte.

Mais en général, comme nous l'avons dit précédemment, la tumeur repose sur les aryténoïdes et ainsi permet une phonation à peu près normale, les cordes vocales restant libres.

L'existence ou non d'un pédicule modifie profondément ces symptômes. Lorsqu'il y a un pédicule assez long, il y a souvent disparition puis retour brusque de ces accidents. Les modifications apparaissent en hemmant ou en émettant un son donné, en prenant une certaine position, en toussant : (observations de Coupard et de Schrötter). Cela tient à ce que le lipome de sus-glottique devient sous-glottique ou tombe dans le sinus piriforme. Lorsque le pédicule est court et plus volumineux, la voix peut être bitonale.

Les tumeurs sessiles sous-glottiques ne donnent, en général, pas de troubles phonatoires. Si elles sont pédiculées, elles peuvent être entraînées entre les lèvres de la glotte et donner les signes déjà cités qui pourront disparaître quand la tumeur reprendra sa place. (Observation de Botey).

Dans la majorité des cas, les lipomes sont à développement extra-laryngés et ne produisent une altération vocale que lorsqu'ils ont acquis un certain volume.

2°) *Troubles respiratoires.*

Ces tumeurs peuvent amener la gêne respiratoire par trois mécanismes : obstacle mécanique, phénomènes inflammatoires réactionnels, spasme de la glotte, la tumeur agissant comme corps étranger.

En tant qu'obstacle, le lipome amène la gêne soit par son volume soit par son siège : un lipome volumineux remplissant la partie sus-glottique du larynx et ne laissant qu'un étroit passage à l'air, produit par cela même de la dyspnée constante ; une tumeur plus petite peut, en s'introduisant entre les cordes vocales,

obstruer complètement ou incomplètement la glotte, mais la part la plus importante dans les accès de suffocation subits doit revenir au spasme (observation de G.-B. New). Cela est vrai, surtout pour les enfants, ainsi que le montre l'observation du petit malade de Chevalier-Jackson. Chez ceux-ci, point n'est besoin que la tumeur soit volumineuse pour produire de graves accidents sur un terrain essentiellement spasmophile.

Cependant, nous sommes frappés souvent de voir des tumeurs très volumineuses remplissant tout le pharyngo-larynx qui permettent cependant une respiration normale au repos. Nous ne pouvons expliquer ce fait que par la situation même de ces lipomes. Ils reposent sur l'orifice supérieur du larynx, sur les aryténoïdes. Le relief produit par ces deux cartilages forme un tunnel par où va passer le courant d'air respiratoire.

Le caractère même des deux temps de la respiration a une importance pour la localisation de la tumeur. Si l'inspiration est bruyante et sifflante, l'expiration aisée, la tumeur est sus-glottique, c'est le cas de presque toutes nos observations où on retrouve ce caractère; quand le phénomène est inverse, la tumeur est au-dessous des cordes vocales. C'est le phénomène du clapet, la consistance molle leur permettant de se mouler sur les parties constituantes du larynx : (observation de Louis Bar), (observation de Hunt, cas de lipome inséré sur les trois premiers anneaux de la trachée). L'intensité des troubles respiratoires est très variable, allant d'une simple gêne à la suffocation, asphyxie et mort. Ces symptômes sont très aggravés par l'effort ; à ce moment, l'amplitude respiratoire et la fréquence devenant plus grandes, le pertuis laissé libre ne suffit plus et la tumeur a encore plus tendance à agir comme une balle aspirée et attirée dans l'orifice d'un tube par le vide (cas de Holt, où le malade meurt

asphyxié à la suite d'un accès de toux qui a déplacé la tumeur et a amené une obstruction totale de la glotte. Le malade vu par Layton, meurt aussi subitement en arrivant dans un restaurant).

3°) *Toux.*

La toux est un phénomène beaucoup plus inconstant ; cependant, nous la rencontrons assez souvent dans les observations que nous citons. Elle a un caractère variable, tantôt sèche, brisée et rauque, pouvant s'accompagner de mucosités s'il y a en même temps du catarrhe laryngé. Elle se manifeste dans quelques cas sous la forme quinteuse, avec des accès dûs à une sensation de chatouillement dans le larynx. Le malade a l'impression d'un corps étranger qu'il cherche à expulser par des efforts plus ou moins répétés, ainsi que le faisait la malade de Goldstein. Calamida relate un fait analogue.

4°) *Troubles de la déglutition.*

A la lecture des diverses observations que nous avons étudié, nous constatons que ces troubles sont à peu près constants, mais qu'ils sont surtout fréquents dans les cas de tumeur insérée sur l'épiglotte et la région aryténoïdienne, d'ailleurs localisation la plus fréquente des lipomes. Ceci se conçoit facilement, surtout pour ceux qui ont atteint un certain volume. Il s'agit tout simplement d'un obstacle mécanique qui gêne le passage du bol alimentaire dans le pharynx ou dans l'œsophage. Citons ici le cas typique du malade de Holt qui a expulsé au cours d'un vomissement violent toute la tumeur qui descendait dans son œsophage. Ce malade ne pouvait avaler que très difficilement de tout petits fragments alimentaires et des liquides par petites gorgées.

B) *SIGNES PHYSIQUES.*

Ils sont le résultat de l'exploration directe du larynx.

On peut les diviser en deux groupes :

Ceux fournis par l'examen, par laryngoscopie directe ou indirecte ;

Ceux fournis par d'autres méthodes que la laryngoscopie. Les derniers ont perdu de leur importance aujourd'hui. L'abaissement forcé de la langue et sa traction en avant peuvent montrer des tumeurs épiglottiques ou de toutes façons celles qui sont situées sur la face linguale de l'épiglotte ou sur les bords, la base de la langue. L'examen est encore plus facile lorsqu'on élève en même temps le larynx ou que le malade fait un effort de vomissement.

Au toucher digital par la bouche, on peut reconnaître des tumeurs de l'orifice supérieur du larynx, sentir leur consistance. (Cette exploration donne surtout de bons résultats chez les enfants où tout autre examen est difficile. Mais il faut bien se garder de le faire quand il y a dyspnée et craindre alors un spasme qui pourrait tuer le petit malade).

L'auscultation du larynx peut faire entendre des bruits anormaux dont le plus important est le bruit de drapeau, de soupape ou d'explosion, comme l'appelle Fauvel. Il est produit par une tumeur pédiculée entraînée par les mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration et flottant dans le larynx. Il peut être produit par tout corps étranger mobile, une fausse membrane, et n'est nullement pathognomonique. (Décrit par Dupuytren, qui lui a donné son nom).

Il en est de même des sifflements, des ronchus. Le sifflement aurait plus de valeur. Il est surtout inspiratoire, se produisant de préférence la nuit. C'est ce que les malades appellent ronfler. Nous citons une ob-

servation où sa violence empêchait les voisins de dormir la nuit. (Observation de Coupard). Il peut avoir un timbre variable. Tantôt rauque et sourd, comme étouffé, tantôt rude comme rapeux, tantôt aigu et strident. Ce symptôme n'a rien de spécifique.

Les signes fournis par la laryngoscopie sont de tous les plus précieux. Par cette méthode, nous nous rendons compte du volume, de la couleur, de la forme, du siège de l'insertion de la tumeur. Nous pouvons présumer, en général, par ses caractères extérieurs, quelle est sa structure : fibreuse ou lipomateuse pure ; à l'aide de la sonde laryngienne nous connaissons sa mobilité, sa consistance.

Cependant, il est des points du larynx où la laryngoscopie indirecte ne montre que difficilement tout l'organe phonateur. Il faut donc avoir recours, comme chez les enfants indociles, à la laryngoscopie directe qui permet d'avoir une excellente vue d'ensemble.

Sont judiciables de cette méthode tous les lipomes insérés au-dessous de la racine de l'épiglotte, au niveau de la commissure antérieure des cordes, dans les ventricules de Morgani, ceux enfin de la partie postérieure de l'espace sous-glottique qui peuvent, tant qu'ils sont petits, échapper à un examen au miroir souvent très difficile chez des sujets à épiglotte de conformation particulière, ou chez les enfants qui, déjà indociles, ont une épiglotte souvent pointue et longue ou en chapeau de gendarme, ce qui gêne la vision quand on ne peut la relever. Nous noterons l'absence d'adénopathies et la conservation habituelle, sauf dans les gros lipomes, de la crépitation laryngée et de la souplesse de la membrane thyro-hyoïdienne.

ETAT GENERAL.

Ces tumeurs ne touchent l'état général que d'une façon très indirecte. L'affection est tout à fait locale et ne donne aucune réaction sur l'organisme au même titre que les autres tumeurs bénignes. Ce n'est que par son volume ou sa situation qu'elle peut retentir sur l'organisme du sujet en gênant sa respiration, et par gêne de la déglutition qui peut devenir très importante, entraîner un état de dénutrition qui peut être plus ou moins marqué.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de lipome du larynx est relativement assez facile lorsqu'il s'agit d'une forme banale et surtout lorsque le clinicien aura eu l'heureuse fortune d'en avoir déjà examiné. Mais, parfois, le diagnostic devient plus difficile, notamment dans les formes où la tumeur est volumineuse ou bien par contre très petite ou bien encore lorsque le lipome plonge dans la lumière trachéale. Voyons tout d'abord le diagnostic positif. Nous devons nous baser sur la symptamotologie générale de cette affection en observant la respiration du malade, l'émission de sa voix, et les troubles de la déglutition.

Troubles asphyxiques, troubles dysphoniques, troubles dysphagiques, voilà les symptômes qui doivent attirer notre attention mais malheureusement sont communs à la plupart des affections laryngées. Comme nous l'avons montré dans nos deux observations, et comme nous l'avons trouvé relaté dans beaucoup d'autres cas, les troubles vocaux ne semblent pas prédominer, et l'état général reste très longtemps floride.

Mais, c'est grâce à l'examen laryngoscopique que nous pourrons poser les bases d'un diagnostic plus

certain. Nous verrons alors une tumeur régulièrement arrondie, d'aspect jaunâtre, parfois sillonnée par des petits vaisseaux formant résille. Nous pourrons parfois découvrir sa base d'implantation et, grâce à l'emploi d'un stylet recourbé, il sera possible de mobiliser la tumeur et de se rendre compte de l'intégrité des autres parties du larynx. Ce qui frappe à ce moment-là, c'est le volume de cette néo-formation qui contraste avec un minimum de symptômes cliniques et, comme nous l'avons dit plus haut, avec une persistance d'un excellent état général.

Cependant, il est des cas, comme dans l'observation de Coupard, où l'existence d'un long pédicule permet à la tumeur de plonger dans le larynx et la trachée, ou dans les sinus piriformes. Il est ainsi rendu invisible et l'on est obligé d'avoir recours, soit à une trachéoscopie, soit à une pharyngoscopie.

D'autres fois, au contraire, le lipome ayant une large base d'implantation fera bloc avec le larynx, et si, de plus, grâce à la présence d'érosion, on aperçoit une surface granuleuse ou parfois érodée, le diagnostic deviendra dès lors extrêmement difficile.

Heureusement, ces cas sont exceptionnels et la muqueuse recouvrant la tumeur est généralement saine, lisse. A l'aide d'un porte-coton ou avec le doigt, en agissant toujours d'une façon extrêmement prudente, on pourra procéder au toucher de la tumeur. Celle-ci sera plus ou moins molle et nous paraîtra presque toujours mobile.

Dans les fibro-lipomes cependant, l'impression peut être différente, car la néo-formation est rénitente. On a signalé également des diminutions de la mobilité laryngée, notamment dans les cas d'énormes tumeurs. Coupard, dans son observation, a signalé une paralysie de la corde vocale due, probablement, à une compression du pneumogastrique.

Il est actuellement indispensable d'étayer un diagnostic de tumeur du larynx par la radiographie et en particulier dans l'affection qui nous intéresse. Les magnifiques radiographies empruntées à Chevalier-Jackson, et que nous reproduisons ici, en sont une éloquente démonstration. Dans les deux cas que nous avons pu observer, la radiographie nous a permis de déceler une ombre arrondie, nettement délimitée, et tout à fait caractéristique des lipomes du larynx. Cette recherche nous permettait, non seulement de confirmer un diagnostic, mais encore de préciser le point d'implantation. De manière à obtenir un contour plus net de la tumeur, nous avons pratiqué une injection de lipiodol lourd Lafay en solution refroidie de manière à le rendre plus adhérent comme nous avons l'habitude de le faire pour les cancers du larynx. La substance opaque nous a permis encore de préciser quelques détails et d'obtenir un contraste plus saisissant.

Mais si la radiographie nous permet de faire le diagnostic d'une tumeur arrondie, d'allure bénigne, de préciser parfois une insertion, elle ne nous permet cependant pas d'affirmer à coup sûr la bénignité tumorale et c'est à la biopsie, en dernier ressort, que nous devrons avoir à faire si nous voulons pouvoir être affirmatif à ce sujet.

Ajoutons cependant, que lorsqu'il s'agit d'une tumeur nettement localisée et pédiculée, il y a intérêt à l'enlever en entier plutôt que de faire une biopsie plus ou moins importante qui pourrait gêner ultérieurement.

Si parfois, le diagnostic de lipome du larynx est facile, la lecture des différentes observations que nous avons rapportées dans ce travail nous apprend combien, dans certains cas, le jugement clinique devient difficile, et c'est ce qui nous amène maintenant à envisager dans le chapitre du diagnostic différentiel les

différentes affections tumorales du larynx qui peuvent nous donner le change avec les lipomes.

En premier lieu, nous allons passer en revue les tumeurs bénignes qui peuvent prêter à confusion :

1°) *Polypes inflammatoires,* assez fréquents, ils siègent presque toujours sur les cordes vocales. Au contraire des lipomes, au point de vue clinique, une dysphonie précoce domine la scène. De coloration rougeâtre, ils sont de volume plus réduit en général et s'accompagnent de cordite unie ou bilatérale. Leurs dimensions exiguës permettent, en général, de faire facilement le diagnostic.

2°) *Kystes du larynx.* — Ce sont des formations liquides, molles, dépressibles, déformables, presque toujours pédiculées. Elles siègent avec prédilection sur les cordes vocales, mais on en a décrit dans la région susglottique, au niveau de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques. C'est à ce niveau qu'elles acquièrent un volume assez important qui peut parfois en imposer pour un lipome.

La discrimination est d'autant plus difficile, que ces formations sont lisses, unies, théoriquement de couleur rosée dûe à leur riche vascularisation, mais parfois jaunâtre. Elles augmentent rapidement de volume, sont plus translucides que les lipomes, et surtout plus déformables.

3°) *Polypes par lésions d'ordre vasculaire.* — Localisés surtout aux cordes vocales ils sont, soit de véritables petits paquets de varicosités, soit des boules d'œdèmes par transudation, soit de véritables suffusions hémorragiques. Donc, aspect très variable.

4°) *Polypes dégénératifs ou amyloïdes.* — Encore situés au niveau des cordes vocales. Ils sont en général sessiles, uniques ou multiples. Ils sont de petite taille,

leur couleur va du jaune au rouge vif. Tous ces cas de polypes sont assez semblables, mais se différencient surtout du lipome par leur localisation.

Passons maintenant aux *polypes tumoraux* proprement dits.

1°) *FIBROMES.* — Deux variétés : mous ou durs. Dans les premiers, le tissu fibreux est peu dense, les vaisseaux nombreux, les mailles remplies de sérosités, ils ressemblent aux polypes muqueux des fosses nasales. Dans les fibromes durs, le tissu fibreux est très compact. Ils siègent avec prédilection sur les cordes vocales, le dos de l'épiglotte, les replis aryépiglottiques. Ils sont de forme arrondie, lisses unilobulés, gris rosé ou grisâtre, parfois pédiculés. Dans ce dernier cas, ils peuvent pendre dans le larynx.

2°) *MYXOMES.* — Très rares. Siègent sur les cordes vocales, dans le ventricule. Ce sont des petites tumeurs rosées pâles hyalines, transparentes molles.

3°) *ANGIOMES.* — Très rares aussi. Ce sont des renflements sessiles, rouge sombre, de forme et de la grosseur d'un grain de cassis. Le plus souvent ils siègent sur les cordes vocales.

4°) *CHONDROMES.* — Très rares, ils apparaissent comme une tumeur lisse, blanc bleuâtre, arrondis, ils font saillie dans la lumière laryngée au-dessous d'une corde vocale, donc tumeur sous-glottique dure fixée. Le diagnostic avec le lipome ne se pose pour ainsi dire pas.

5°) Quant aux *PAPILLOMES*, nous n'en parlerons que pour être complets. Leur aspect en choux-fleur suffit à nous les faire écarter au premier coup d'œil.

En somme, parmi les tumeurs que nous venons de voir, on peut surtout confondre avec les kystes et les polypes. Nous baserons notre diagnostic sur la localisation. La biopsie tranchera, en tout cas, le traitement étant toujours l'ablation, on peut souvent se contenter d'enlever, d'abord, d'examiner ensuite, surtout si les troubles occasionnés commandent une intervention précoce.

6° *ELASTOME.* — Tumeurs rarissimes, ovoïdes de la grosseur d'un noyau de cerise, siégeant sur la corde vocale au niveau de l'insertion aryténoïdienne, adhérentes, rénittentes, sessiles, cercomatoïdes. Seule, la biopsie peut permettre le diagnostic qui montre une considérable hyperplasie de fibres élastiques légèrement hypertrophiées et entrelacées avec des travées collagènes vascularisées, en feutrage dense ; le tout recouvert par un revêtement épithélial normal.

7°) *SCHWANNOME.* — Affection à évolution lente, également rare, dont le diagnostic est difficile également, car la tumeur est recouverte par une muqueuse saine. Sauf dans les cas de maladies de Recklinghausen, le diagnostic n'est fait qu'après l'opération. Dans la littérature, seul Holmgren avait posé le diagnostic, et ce n'est que la biopsie qui pourra là encore, comme dans beaucoup de cas, trancher le différend.

Nous allons voir maintenant deux affections d'origine tout à fait différente qui peuvent prêter à confusion : l'évertion ventriculaire et la laryngocœle.

Les *laryngocœles* peuvent simuler les lipomes par leur siège, leur volume, leur dépressibilité. Elles donnent, en outre, des symptômes un peu semblables, leur surface est également lisse, sillonnée de petits vaisseaux. Mais le diagnostic est facile car elles sont réductibles, sonores à la percussion. La tuméfaction est variable,

pouvant augmenter pendant un effort, la phonation où même n'être qu'intermittentes. En outre, si la radiographie ne nous est d'aucun secours pour faire un diagnostic entre un lipome et n'importe quelle autre tumeur, ici il n'en est pas de même, la laryngocœle étant à peu près invisible à la radiographie.

Pour *l'éversion ventriculaire,* ce qui doit nous faire hésiter en premier lieu, c'est le siège. Elles prennent, en effet, naissance le plus souvent dans le ventricule de Morgagni, localisation rare pour un lipome. L'aspect est celui d'une masse sessile, paraissant sortir du ventricule. La muqueuse a un aspect tumoral parfois enflammé.

Les troubles sont les mêmes que dans les lipomes.

Pour s'assurer du diagnostic, il faut effectuer une laryngoscopie directe qui permet de réduire la tumeur et de voir si elle se reproduit. Parfois, il y a une tumeur derrière la muqueuse prolabée : kyste ou autre lésion. Dans ce cas, la prolapsus ne se réduit pas et il est plus prudent de faire une biopsie avec une pince bien coupante. C'est d'ailleurs un moyen de traitement de cette affection.

Nous devons maintenant différencier les lipomes des tumeurs malignes et des affections tuberculeuses et syphilitiques.

Les cancers ne prêtent à confusion qu'au début. A ce stade, ils se présentent comme de petites masses tumorales rouges ou jaunâtres assez bien localisées. Nous douterons surtout car les tumeurs malignes ne sont jamais pédiculées. Au stade suivant, nous nous fixerons sur la présence d'ulcérations et d'adénopathies qu'on ne trouve jamais dans le lipome.

La forme infiltrante est d'un diagnostic plus délicat. Il y a là une infiltration tumorale sous-muqueuse. Suivant qu'elle est plus ou moins profonde, on a l'as-

pect d'un nodule ou d'un placard plus ou moins induré et bosselé, à limites imprécises, recouvert par la muqueuse qui n'est ni ulcérée ni végétante.

Ici, plus que jamais on ne devra rien affirmer sans le contrôle du laboratoire.

Dans la *tuberculose*, deux formes surtout prêtent à confusion : la forme végétante et la forme tumorale le fibro-tuberculome.

La forme infiltrante est caractérisée par de l'œdème des aryténoïdes et de la commissure postérieure. Plus rarement, c'est l'épiglotte qui est touchée ; la différenciation est facile.

Dans la forme végétante, l'état général est bon, le poumon peu touché, l'examen laryngien, nécessité par un enrouement progressif, montre une tumeur isolée au niveau du larynx.

Ses deux aspects habituels sont les suivants :

Le petit papillome gris rosé de la région postérieure,

Le pseudo polype sessile de la corde vocale.

Ici encore, si les caractères cliniques, l'aspect et la localisation ne sont pas en faveur du lipome, nous devrons toujours pratiquer une biopsie de contrôle.

Le fibro-tuberculome de Portmann peut se développer en n'importe quel endroit du larynx, dans le ventricule de Morgagni, sur la commissure antérieure, sur la paroi postérieure, sur les bandes ventriculaires. La localisation cordale est très rare. Il se présente sous la forme d'une tumeur granuleuse ou en choux-fleur à base d'implantation large, de coloration gris rosé. La muqueuse n'est jamais ulcérée. En se développant, le processus tuberculeux envahit peu à peu le larynx et immobilise à la manière d'une néoplasie tout l'hémilarynx correspondant. Il n'y a pas de douleurs, l'évolution est très lente. Le diagnostic est très difficile.

L'aspect est en effet celui d'une tumeur bénigne ou d'un cancer non ulcéré. En outre, la gomme syphilitique peut prendre un aspect analogue. Ici encore, la biopsie nous fixera en dernier lieu, d'autant qu'il peut y avoir association cancer-syphilis.

La syphilis présente deux formes tumorales pouvant nous induire en erreur : le syphilome et la gomme.

Si le *syphilome* se présente comme une infiltration diffuse de tout le larynx avec des phénomènes généraux très marqués, donc prêtant peu à confusion avec le lipome, au contraire, la *gomme* est une lésion définie, semblable à une tumeur, arrondie ou ovalaire, rouge, lisse et tendue, entourée d'un peu d'œdème. Elle affecte de préférence l'épiglotte, la région sous-glottique, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Les antécédents et les réactions sérologiques nous feront faire le diagnostic.

Le léprome ou sclérome laryngé, donne une infiltration ou tuméfaction en forme de tumeur symétrique qui ne peut guère prêter à confusion avec le lipome, surtout si l'on considère la rareté de cette affection dans nos régions.

Il nous sera surtout très difficile de différencier le lipome du larynx de celui du pharynx. Le lipome du pharynx présente, en effet, une symptomatologie absolument semblable, l'aspect est le même, et nous ne pourrons les différencier qu'au début, lorsque leur petite taille nous permettra de voir nettement le siège de leur point d'implantation. Devenus plus gros, ils vont remplir tout le pharynx et nous devrons rechercher avec le plus grand soin leur point d'implantation avant de procéder à leur ablation. Parfois, cette différenciation est impossible, leur origine étant mixte. Au cours de notre travail, nous signalons ainsi de nombreux cas où les sinus piriformes, par exemple, sont intéressés.

En résumé, si les symptômes et l'examen du larynx nous permettent de poser avec certitude le diagnostic de tumeur laryngée, l'absence d'adénopathie et d'ulcération de soupçonner que l'on a à faire à une tumeur bénigne, nous devrons toujours, pour nous assurer de la nature de la tumeur, faire procéder à un examen histologique.

TRAITEMENT

Les lipomes doivent être incontestablement enlevés. Le fait que la tumeur soit petite et qu'elle n'entraîne aucun trouble n'est pas une contre-indication, tout au plus si elle peut permettre de retarder pendant quelque temps l'acte opératoire.

Il ne faut pas oublier, en effet, que ces tumeurs augmentent de volume d'une façon lente mais progressive, leur extirpation est facile quand elles sont encore petites et qu'elles n'entraînent aucun trouble sérieux de la respiration et de la déglutition. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de lipomes volumineux s'accompagnant de mauvais état général et d'accidents asphyxiques.

On a tendance actuellement à abandonner l'ancienne technique par trop mutilante qui consistait à pratiquer la laryngofissure pour s'adresser aux interventions par les voies naturelles. La plupart des lipomes, siégeant dans la région sus-glottique, peuvent être enlevés sous le contrôle de la laryngoscopie indirecte. Il en est de même d'ailleurs de certaines tumeurs endolaryngées pédiculées. La question devient plus difficile lorsqu'il y a une base d'implantation très large. Il faut, dans ce cas là, avoir recours au morcellement à l'aide d'une forte pince très tranchante qui permettra d'enlever la tumeur, fragment par fragment. Cette méthode

n'est pas toujours d'ailleurs excellente, car elle expose à des récidives. Ce n'est que dans le cas de tumeurs intrinsèques sous-muqueuses que nous devons avoir recours à une laryngofissure qui nous permettra d'énucléer en totalité la tumeur sous le contrôle de la vue. Dans tous les cas, il sera bon d'hospitaliser le malade, car l'opération doit se faire en milieu chirurgical. Il faut prévoir en effet soit le spasme de la glotte, soit tout simplement l'obturation brusque de l'orifice glottique par la tumeur. Ceci imposera d'avoir toujours prête une boîte de trachéotomie de manière à parer à tout accident.

Généralement, l'intervention se passe sans histoire. Le malade aura reçu ou une piqûre de Sédol, ou on aura tout simplement mis dans l'anus un suppositoire de morphine.

Après anesthésie locale à la cocaïne à 1/20me suivant la technique habituelle, au pulvérisateur de préférence, on obtient facilement le silence laryngé.

A l'aide d'un porte-coton on mobilisera doucement la tumeur de manière à préciser encore sa base d'implantation.

Le meilleur instrument de préhension réside dans un serre-nœud à polypes dans lequel on charge la tumeur. Par des mouvements de va-et-vient, on arrive à faire glisser le serre-nœud jusqu'à la base d'implantation. Il suffit alors de serrer. Une faible traction suffit dans le lipome pédiculé pour arracher la tumeur. Il faut forcer quelques fois davantage et on à la sensation d'arrachement lorsque la base d'implantation est plus large.

Certains auteurs ont conseillé, à cause de l'hémorragie possible, d'employer une anse diathermique, mais cela nous paraît inutile étant donné que dans nos cas personnels et dans les diverses observations, aucune hémorragie sérieuse n'a été enregistrée. Un seul point

mérite d'être souligné : c'est qu'il faut aller vite au moment où l'on serre le pédicule car la traction inévitable faite sur lui provoque un réflexe laryngé.

Les suites opératoires sont parfaites et la cicatrisation se fait normalement en quelques jours.

Dans les cas de lipomes plongeant dans la trachée, la laryngoscopie directe nous paraît préférable et ici plus que jamais on doit agir avec prudence et en ayant sous la main l'instrumentation de trachéotomie.

En ce qui concerne les tumeurs sous-muqueuses non pédiculées et les tumeurs chez l'enfant, il y a quelque intérêt à avoir recours à la laryngofissure. C'est surtout chez ces derniers que cet ancien mode d'intervention reprend tous ses droits.

Nous n'insisterons pas sur l'état spasmophile des jeunes enfants ni sur le danger qu'il y a à faire chez eux une anesthésie locale trop poussée. Une thyrotomie même large bien conduite est une opération sans danger qui donne un jour très large sur tout le larynx et qui permet l'énucléation totale des lipomes même sessiles. Les résultats en sont d'ailleurs excellents, comme l'a montré notamment Chevalier-Jackson.

Nous n'insisterons pas d'ailleurs sur les divers temps de cette opération qui sont classiques.

Conclusions

Les lipomes du larynx sont des tumeurs bénignes développées aux dépens du tissu graisseux dont la fréquence paraît moins grande qu'on a bien voulu le dire.

Les symptômes dépendant de leur évolution ne commencent à apparaître que lorsque la tumeur a atteint un certain volume.

Ils se caractérisent essentiellement par des troubles phonatoires, respiratoires et dysphagiques.

La localisation la plus fréquente siégeant au niveau de la région sus-glottique, on peut s'étonner du peu de troubles phonatoires eu égard au volume de la tumeur. Cette symptomatologie est d'ailleurs très variable et dépend des diverses localisations.

Le pronostic chez l'adulte est bénin, mais le malade peut, dans certains cas, être exposé à des troubles brusques d'asphyxie pouvant entraîner la mort.

Chez l'enfant, ce pronostic est plus sérieux étant donné le terrain essentiellement spasmophile du petit malade et l'étroitesse de la glotte.

Le diagnostic différentiel est surtout à faire avec les autres tumeurs du larynx : kystes, gros polypes,

fibromes, chondromes, laryngocœles, évertions ventriculaires, syphilomes, schwannomes, néoplasmes sous-muqueux...

Le traitement chez l'adulte consiste dans l'ablation à l'anse de la tumeur. Lorsque elle est pédiculée en laryngoscopie directe ou indirecte sous-anesthésie locale.

Lorsqu'elle a atteint un certain volume ou lorsqu'elle a une trop large base d'implantation et chez l'enfant, il est préférable, semble-t-il, de l'enlever par thyrotomie.

Vu :
Le Président de Thèse,
J. CALVET

Vu :
Le Doyen,
GARIPUY

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 26 février 1944.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
R. DELTHEIL

Bibliographie

APLAVIN. — Archives F. Klin. Chir., Vol.12, 1891.

ARGAUD et CALVET. — Elastome de la corde vocale droite. *(Annales d'Oto-Rhino-Laryngologie,* décembre 1937).

BAR. — Communication à la Société O.R.L., mai 1884. (In : *Annales O.R.L.,* 1898, tome II, p. 205).

BERGERET. — Contribution à l'histoire des tumeurs du larynx. (*France Médicale,* 1866, p, 373, 382, 389).

BILANCIONI GUGLIELMO. — Université de Pise. *(Manuale di Oto Rhino Laryngoiatria.* Vol. II, Rome, 1928).

BIRKETT. — Lipome du larynx. *(Journal de Laryngologie,* 1934, tome 40. — In : *O.R.L. Internationale,* 1935, p. 228).

BOTEY (R.). — Tumeurs bénignes du larynx. *(Monog. O.R.L. Intern.* 1933, n° 25, p. 79).

BOUDÈNES (G.). — Contribution à l'étude radiologique des tumeurs du larynx et de l'hypopharynx. *(Thèse Lyon,* 1935-1936).

BRIDES. — Edinbourg, Med. Chir. Soc. 19 dec. 1889. *(The Journal of Laryngologie and Rhinologie,* n° 1, 1889. — *Annales O.R.L.,* 1890, tome XVI, p. 192. — In : *The Laryngoscope,* 1909, p. 661).

VON BRUNS. — 23 Neue Beobachtungen. *(Von Kehlkopf polypen,* 1868, p. 8).

CALAMIDA (A.). — Lipoma della laringe. *(Arch. ital. di otol.* 1902-1903, p. 187-192. — In : *Annales O.R.L.,* 1903, p. 611).

— *Société Italienne de Laryngologie Otologie et Rhinologie,* XIV^me^ Congrès tenu à Pérouse les 2, 3, et 4 octobre 1922. (In : *Revue O.R.L.* 1923, tome II, p. 799).

CALVET (J.) et DUCUING. — Volumineux lipome du larynx. (43^me^ *Congrès Français d'O.R.L.,* Paris, octobre 1938).

CALVET (J.), CONSTANT (G.) et REBEYROLLE. — Un nouveau cas de lipome du larynx. *(Société de Chirurgie de Toulouse,* 17 déc. 1943).

CANUYT. — *Les maladies du larynx.* (Masson et Cie, Editeurs, Paris, 1939).

CASTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles. (Baillière et Fils, Paris, 1903).

CHAMBERLIN (W.-B.). — Report of case of cysts of the larynx. *(The Laryngoscope,* Saint-Louis, 1917).

CHEVALIER-JACKSON. — Le larynx et ses maladies. (G. Doin et Cie, Paris, p. 399 à 407).

CHIARI. — Chirurgie des kehlkopfes. (Stuttgard, 1916).

COULTER (J.-H.). — Laryngeal Tumors Tr. Illinois. *(M. Soc. Chicago,* 1891).

COUPARD. — Observation inédite, citée dans *Thèse Michel,* Paris, 1892).

CZERMACK. — Ueber dem kehlkopfspeigel Weiner med. Wocheuschr. n° 13, 27 mars 1858 ; Ueber Garcias Kehlkopfspeigel Sitzungster der K.K. Akad der Weiss ; Wein 29 avril 1858, t. 29, p. 557. Der Kehlkopfspiegel Leipzig, 1860 et 1868. *(Du Laryngoscope,* Paris, J.-B. Baillère, 1860).

DAVIS (E.-D.). — Un lipome du larynx. *(Jour. of Laryngol.,* tome 48, 1933, p. 824. — *Annales O.R.L. Inter.,* tome 18, 1934, n° 4).

DUCUING (J.)., DUCUING (L.), de BERTRAND-PIBRAC et MARQUÈS. — La radiographie de l'appareil pharyngo-laryngé normal. *(Bulletins et mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France,* juillet 1934).

DUBOUT (Maurice). — Lipomes du plancher buccal. *(Thèse Toulouse,* 1917-1918).

ELMER KENYON. — *The Journal of the american Med. Asso.,* 17 juin 1911.

ESCAT (E.). — Cent cinquante cas de tumeurs bénignes du larynx. *(Arch. Médicales de Toulouse,* 1914).

FARLOW. — Lipome du larynx. (17me Congrès de l'Association Laryngologique Américaine. — In : *Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* 1895, tome 21, p. 453. — D'après le *New-York Medical Record,* 20 juillet 1895).

FAUVEL. — Traité des maladies du larynx. (Paris, 1876).

FOUCHER. — *Union Médicale Paris,* 1870.

FOURNIÉ. — Tumeurs laryngées. Etude sur les divers procédés d'extirpation. *(Gazette des Hôpitaux :* 1864, p. 598-602 ; 1865, p. 15 ; 1867, p. 103 ; 1868, p. 222).

GARCIA. — Physiol. obser. on human voice. *(Proc. of the royal soc. of London,* vol. 7, p. 399, 1885).
— Observation physiologique sur la voix humaine (Paris 1885).

GAREL. — Enorme lipome du larynx d'origine ventriculaire. *(Bull. de Laryngologie, d'Otol. et Rhinol.,* 1908).
— Traité des maladies du larynx, publié par Lannois, Moure, Lermoyez, Sébileau. (Paris, Librairie Doin, p. 667).

GOLBECK. — Lipoma multiplex arborescens ad Laryngen Protik Zaseidania. *Imp. Kavkazskund obshtsh asplis,* 1891-1892, t. XXVIII, p. 422. — In : *The Laryngoscope,* 1909).

GOLDSTEIN (M.-A.). — Lipoma of larynx. *(Laryngoscope,* Saint-Louis, 1909, p. 641-670. — *Monatsch. f. ohrenheilkunde,* 1910, p. 152-160).

GOTTSTEIN. — Maladies du larynx, 1888, p. 170.

GOUGENHEIM (A.). — Statistique des opérations faites à la consultation des maladies du larynx et du nez de l'Hôpital de Lariboisière en 1896. *(Annales des maladies de l'oreille,* 1897, p. 54-56).

GUISEZ. — Maladies du larynx et du pharynx, 1908.

HELIÈS (L.). — Traitement chirurgical des tumeurs bénignes du larynx. Considérations sur 156 cas. *(Thèse Toulouse,* 1913-1914).

HINKEL. — Transaction of the 20 Th. Annual Aecting of the American laryngologisal Association, Brooklyn, 16 mai 1898, p. 75. — In : *The Laryngoscope* 1908, p. 667).

HOLT. — *The Laryngoscope* 1909, p. 654.

INGALS. — Association laryngologique Américaine Chicago, les 22, 23 et 24 mai 1899. D'après: *The Laryngoscope,* juillet 1899. — In : *Annales O.R.L.,* 1909, p. 191).

HYNN. — *The Laryngoscope,* avril 1933, p. 294. — In : *O.R.L. Internationale,* 1933.

ISAMBERT. — Conférences cliniques sur les maladies du larynx. (Masson, Editeur).

JONES. — Fatty tumor of the larynx. *The Lancet,* 23 octobre 1880. — In : *The Laryngoscope,* 1909, p. 659).

KOCH (P.). — Affections laryngiennes. *(Thèse Paris,* 1879).

KOEHLER. — Rapporté par Seifert (Wurzburg) Sitzungst d. phys. med. Gesellsch. Zu. Wurzburg, p. 32 à 35, 1894. (In : *The Laryngoscope,* 1909, p. 665).

KULM (A.). — Des tumeurs du larynx. *(Thèse Strasbourg.* 1805).

LACROIX (P.). — Traité de laryngologie clinique et thérapeutique. (F. R. Imprimeurs-Editeurs, 2, rue du Val, Paris, 1906).

LAPALLE (P.-B.) — Revue statistique de la clinique libre des maladies du larynx, des oreilles et du nez du docteur Lichtwig. *(Thèse Bordeaux,* 1895-1896).

LAURENS. — Société Française d'O.R.L., 1904.

LAYTON. — Société Royale de Médecine de Londres, séance du 31 novembre 1922. (In: *Revue de Larngologie,* tome II, p. 1006, 1007, 1923).

LEFFERTS (G.). — Neuf cas de polypes du larynx. *(Médical Record* New-York, 1878. — *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx,* 1878, tome IV, p. 252).

— Non malignant tumors of the larynx. *(Inter. f. Surg.* New-York, 1890).

LEEGARD. — Un cas de tumeur du larynx (présentation). *(Soc. Danoise d'Oto-Laryngologie,* 3 oct. 1923).

LIVON. — Du traitement des polypes laryngés. *(Thèse Paris,* 1873).

MAYOUX. — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du larynx. *(Lyon Médical,* 15 février 1931, p. 209).

MICHEL (J.-G.). — Formes rares des tumeurs du larynx. *(Thèse Paris,* 1893).

MOURE. — Traité élémentaire des maladies de la gorge, 1904.

NEGOUS and ST-CLAIR THOMSON. — Cassel and Company L.T.D., London, Toronto, Melbourne and Sydney, 1937.

NEW (G.-B.). — Fibro-lipome of the larynx. *(Journal Américc. Med. Association,* 1916, p. 566).

O'MALLEY. — Société Royale de Médecine de Londres, séance du novembre 1932. (In: *Revue de Laryngologie,* tome II, p. 1006-1007, 1923).

REICHELT. — Tumores laryngei. *(Thèse Breslau,* 1861).

De Santi. — Société de Laryngologie de Londres, 5 juin 1903.

Sato. — O.R.L. Japonaise, octobre 1935. (In : *O.R.L. Internationale*, tome XXI, 1937).

Schroetter. — Ueber das Vorkommen von Fettgenwbe im Larynx. (*Monatschrift für ohrenheilkunde*, 1884, n° 6).

Von Schroetter. — Lipoma des Kehlkopfes. *(Vorlesimgen über die Krankheiten des Kehlkopfes*, 1893, p. 271).

Schrötter (L.). — Lipoma laryngis. *(Allgem. Wein. Med. Zeitung*, 1883, p. 517).

Schwartz. — Les tumeurs du larynx. *(Thèse agrégation*, Paris, 1885).

Seguin. — Œdème aigu primitif du larynx. *(Thèse Paris*, 1896-1897).

Semon and Newman. — On the alleged special liability of benign laryngeol growths to undergo malignant degeneration after intra laryngeal operations. (New-York, *Medic. Journ.* 1894, p. 678).

Shattok. — Société Royale de Médecine de Londres, séance du 31 novembre 1922. (In : *Revue de Laryngologie*, tome II, p. 1006-1007, 1923).

Tapia. — Lipome du larynx. (3me Congrès Espagnol d'O.R.L. tenu à Séville du 13 au 17 avril 1910. — In :*Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1910, tome XXXVI, p. 490).

Terracol. — Les kystes du larynx. *(Les Annales* 1931, p. 114).

Thibout. — Etude des tumeurs bénignes du larynx chez l'adulte et de leur traitement chirurgical par la voie endo-laryngée. *(Thèse Lille*, 1897-1898).

Thorner (A.). — Benign. tumors of the larynx. *(Cincinn. Lancet Clinic.* 1892).

Tobold. — *Arch. für Heilkunde*, 1893, p. 108.

Tod (H.). — Lipoma of larynx removed by operations specimen exhibited. *(Proc. Rov. Soc. Med. London.* Section laryngologie, 1917-1918, p. 67).

Turk Ludwig. — Wein. Wilhelm Braumuller 1866, Klinik der Kehlkopfes.

Wagner. — *The Laryngoscope*, 1909, p. 659.

WALFORT. — Journal de Laryngologie, août 1930. (In : *O.R.L. Internationale*, tome XIV, 1930).

WOODS (R.). — Un cas de lipome rétro-pharyngien. *(British Medical Journal*, n° 3.291, p. 144, 26 janvier 1924).

WRIGHT. — Lipome du larynx. *(Soc. Royale de Médecine*. Section Laryngologie, 3 novembre 1922).

ZEIDLER. — Une forme rare de tumeur laryngée. *(Soc. Viennoise de Laryngo-Rhinologie*, 20 mars 1928).

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 11

HISTORIQUE 13

HISTOGÉNÈSE 17

Observations (Liste) 22

Observations elles-mêmes 23

Etude clinique des lipomes du larynx :

— Classification des tumeurs laryngées 63

— Anatomie pathologique 66

— Symptomatologie 68

— Diagnostic 75

— Traitement 84

CONCLUSIONS 87

BIBLIOGRAPHIE 89

Imprimerie CLÉDER
28, rue de la Pomme, Toulouse
T. W. 1274 — 16 Mars 1944